FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913

THÈSE

N° 89

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jules LUZOIR

Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Aide d'anatomie à la Faculté.

Né à Toul, le 25 Décembre 1883.

DE LA NÉPHROPEXIE

(PROCÉDÉ D'ALBARRAN-MARION)

Président : M. Auguste BROCA, *Professeur*.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1913

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur Auguste Broca, 1902-1903.
M. le Docteur E. Mosny, 1903-1904.
M. le Professeur Poirier (*in memoriam*), 1904-1905.

Externat.

M. le Docteur E. Mosny, 1905-1906.
M. le Docteur L. Jacquet, 1906-1907.
M. le Professeur Albarran (*in memoriam*), 1907-1908.

Internat.

M. le Professeur agrégé Reynier, 1908-1909.
M. le Docteur P. Launay, 1909-1910.
M. le Professeur agrégé Marion,
M. le Professeur agrégé Ombrédanne, } 1910-1911.
M. le Professeur Segond (*in memoriam*), 1911-1912.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Professeurs agrégés : Bernard Cunéo, Castaigne.
MM. les Chirurgiens des Hôpitaux : Savariaud, Veau, Guibé, Chifoliau.

MM. les Docteurs Cauchoix, Beaufumé.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

M. le Professeur Charles Richet.
M. le Professeur Nicolas.
M. le Professeur agrégé Rouvière.

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Lorsque notre maître, M. Marion, nous a donné l'idée de cette thèse, nous l'avons acceptée avec empressement. Ce n'était pas pour nous sujet nouveau, car nous avons fait toute notre 3e année d'externat à Necker, dans le service de M. le Professeur Albarran et six mois de séjour dans le service de M. Marion, à Lariboisière, au cours de notre 3e année d'internat.

Dans ces deux services, nous avons vu employer pour la néphropexie le même procédé des quatre lambeaux capsulaires taillés aux dépens de la capsule décortiquée. Dans les deux services, nous avons pu constater les résultats immédiats favorables de cette intervention ; quant aux résultats définitifs, si nous ne les avions pas contrôlés par nous-même, du moins nous suffisait-il d'entendre nos maîtres en parler favorablement pour que nous n'hésitions pas à penser beaucoup de bien de cette intervention.

Le sujet n'était pas nouveau pour nous ; il ne l'était en vérité pour personne; aussi notre premier mouvement a-t-il été de craindre que nous ne puissions trouver à faire encore sur la néphropexie un travail bien profitable. Tout n'a-t-il pas été dit sur cette question? Tout, certes, sauf du bien, car, depuis quelque temps du moins, on a plutôt pensé à en dire du mal.

Et, comme l'écrit M. le Professeur Legueu dans son *Traité*, « la tendance générale en France est de délaisser de plus en plus la néphropexie et, seul à peu près, M. Lucas-Championnière, s'insurge contrec ette habitude. »

C'est parce que nous avons été l'élève de maîtres qui n'avaient qu'à se louer de cette intervention que nous pensons, avec M. Lucas-Championnière, M. Bazy et d'autres, que la néphropexie est une bonne opération, qu'en sachant en restreindre justement mais sans excès les indications, on peut en retirer grand bénéfice, que nous n'avons pas hésité à prendre ce sujet de thèse.

Avant de dire ce que nous voulons faire, il nous paraît utile d'analyser dans ses grandes lignes l'opinion régnante qui veut que la néphropexie ne soit pas une opération « bien utile ». Les raisons mêmes de cette opinion sont multiples; nous ne ferons que les indiquer, ne voulant pas nous laisser entraîner à la longue dissertation que cette question comporterait. Nous sommes plus pressés de fournir des arguments que d'invoquer des arguties.

1° Les pexies, quelles qu'elles soient, ont une mauvaise presse.

2° La néphropexie rentre dans la catégorie des opérations « orthopédiques ». Elle demande, pour donner de bons résultats, une expérience plus grande, un doigté surtout plus parfait que beaucoup d'autres opérations d'une technique par ailleurs plus compliquée et plus laborieuse.

3° La néphropexie, est une opération de « spécialistes » dont les chirurgiens généraux se désintéressent, soit parce qu'ils en ont entendu dire du mal, soit que, ne l'ayant faite eux-mêmes que trop rarement, ils n'en aient pas obtenu tous les résultats qu'ils en attendaient.

4° Une des choses les plus nuisibles à la cause de la néphropexie n'est-elle pas aussi le nombre exagéré des procédés opératoires? En face de cette pullulation de techniques différentes, n'est-on pas immédiatement tenté de considérer comme peu sérieuse une opération tant et tant de fois remaniée?

Pour que cet argument ait toute sa valeur, il faudrait néanmoins que ce désir perpétuel de changer de technique se rencontre chez chaque opérateur. Or, comme nous le montrerons ultérieurement, ceux-là mêmes qui apportent à la néphropexie les statistiques les plus favorables, ou bien n'ont jamais modifié leur technique, ou bien se sont servis longtemps du même procédé (Guyon, Lucas-Championnière, Bazy, Goelet, Albarran, Marion, etc...).

Le grand nombre des procédés décrits tient, en effet, bien plus qu'à des variations individuelles incessantes de technique, aux multiples moyens que l'on peut trouver de fixer un organe comme le rein. D'une part, le rein possède et un parenchyme et deux capsules. Les deux capsules pourront être utilisées de manières très diverses ; quant au parenchyme, son volume permet la multiplicité des fils, leur passage superficiel ou profond, à telle ou telle hauteur. D'autre part, la région rénale est anatomiquement des plus accidentées. Tout autour du rein, des éléments de nature différente abondent (côtes, muscles, aponévroses, ligaments) qui peuvent servir à la fixation de l'organe.

5° Enfin, et c'est là le coup le plus rude porté à la néphropexie, parmi les « urinaires » mêmes, il est des chirurgiens et non des moindres, qui témoignent plutôt d'une certaine tiédeur à l'endroit de cette opération. On comprend que cette tiédeur venant de gens aussi autorisés, ait pu ôter à d'autres chirurgiens l'envie de recourir à cette opéra-

tion, voire même leur enlever le désir de continuer à la pratiquer, s'ils l'avaient déjà faite.

Que pouvons-nous faire maintenant pour tenter de modifier cette opinion? Nous n'avons nullement l'intention de nous ériger en combattant et de chercher à discuter les procédés, les statistiques ou les résultats de ceux qui ne pensent pas comme nous. Notre dessein est tout autre. Personnellement convaincu de la valeur de la néphropexie, nous nous appuierons sur l'avis des partisans de cette opération, et surtout, nous apporterons notre quote-part d'observations et notre opinion basée sur les résultats éloignés des opérations pratiquées par M. Marion.

Nous aurions bien voulu demander en même temps à notre maître, M. le Professeur Albarran, de nous confier ses observations; cela aurait été pour nous d'un utile concours. Malheureusement, nous ne l'avons pu. Il n'est qu'une observation de M. Albarran que nous nous sommes permis de reproduire, c'est celle d'une infirmière qui fut opérée par lui quand nous étions son externe.

Attachant donc la plus grande importance aux résultats éloignés, nous avons cherché à en recueillir le plus grand nombre. Nous avons eu ainsi la bonne fortune d'avoir des nouvelles précises de 30 opérées sur les 35 qui ont fait l'objet de nos observations. Sans nous laisser rebuter par les difficultés, nous avons été faire souvent sur place une enquête, qui nous a permis bien des fois de retrouver la trace d'une opérée, ou de la voir, ou de pouvoir lui faire parvenir le questionnaire que nous lui destinions.

Mais, nous borner à cet exposé tout personnel ne nous a pas paru suffisant; nous avons voulu mettre la question tout à fait au point pour ceux que nos résultats auraient intéressés et qui désireraient être renseignés d'une manière plus complète. C'est pourquoi nous avons ajouté à notre thèse

une énorme partie bibliographique qui nous a demandé beaucoup de recherches, mais qui était seule capable de nous aider à mener à bien notre tâche. Si ceux qui nous liront conservent de la néphropexie l'opinion défavorable qu'ils pouvaient en avoir auparavant, ils le feront au moins en toute connaissance de cause.

Nous adopterons donc le plan suivant :

Dans un premier chapitre, nous ferons l'historique des indications opératoires de la néphropexie, en résumant tout ce que nous avons lu sur ce sujet. Nous tâcherons de conserver à l'opinion de chacun sa note personnelle; c'est pourquoi il nous arrivera très souvent de citer des passages entiers d'un auteur.

Dans un second chapitre, nous exposerons les idées maîtresses qui nous ont paru se dégager de ce long exposé bibliographique, et nous dirons comment avec M. Marion nous comprenons les indications de la néphropexie.

Notre troisième chapitre consistera à décrire, en les classant aussi rationnellement que possible, tous les procédés opératoires que nous avons pu retrouver, et le nôtre (procédé d'Albarran-Marion). Pour en rendre la lecture moins ardue, nous avons cru bon de multiplier les dessins.

Dans nos quatrième et cinquième chapitres, nous reprendrons ces procédés dans une vue d'ensemble et nous en ferons ensuite une critique générale. Nous nous attacherons surtout à montrer les avantages ou les inconvénients de tel ou tel point de technique; mais nous n'avons nullement l'intention de repousser comme mauvais tout ce qui n'est pas notre manière de faire.

Nous pensons, en effet, qu'un bon procédé de néphropexie est, avant toute discussion théorique, un procédé qui non seulement fixe le rein, mais encore qui donne de bons résultats ultérieurs.

Nous en arriverons ensuite à l'exposé de nos observations et de leurs résultats.

Nous terminerons enfin en montrant ce qu'on en peut conclure au point de vue des indications opératoires et de la valeur de la néphropexie.

REVUE GÉNÉRALE DES INDICATIONS OPÉRATOIRES DU REIN MOBILE

Nous adopterons dans notre Revue générale des indications de la néphropexie, le plan suivant :

Nous analyserons d'abord, en adoptant *l'ordre chronologique*, les différentes opinions que nous avons pu recueillir sur les indications opératoires du rein mobile (néphropexie, bien entendu). — C'est, nous semble-t-il, la meilleure manière de faire revivre les différentes phases de cette importante question. — Nous ferons ensuite une rapide critique d'ensemble et nous exposerons nos indications opératoires.

Nous allons donc, aussi succinctement que possible, résumer toute la série des travaux que nous avons lus, en nous restreignant strictement aux indications opératoires.

C'est dans la thèse de Vanneufville, en 1888, que nous avons trouvé pour la première fois un énoncé un peu complet de ces indications. C'est donc par cette thèse que nous commencerons.

De 1881, date à laquelle Hahn fit sa première néphropexie à 1888, les auteurs, en effet, ne se soucient pas encore de préciser les indications opératoires en les rapportant à telle ou telle variété de rein mobile. Cela tient, et à ce que ces variétés ne sont pas encore isolées, et surtout à ce que la néphropexie est de date encore trop récente.

Rappelons à ce propos, qu'en 1886, au Congrès français de Chirurgie, Polaillon proposait encore la néphrectomie et que Péan, Segond et Le Dentu la réservaient pour les cas où la néphrorraphie aurait échoué.

VANNEUFVILLE (1888)[1]. — L'auteur, après avoir énuméré toute la série des complications du rein mobile déjà signalées à cette époque, distingue au rein mobile des cas bénins et des cas sérieux.

Cas bénins : Le plus souvent, le rein mobile est l'occasion de douleurs peu aiguës, dit l'auteur, qui cèdent facilement au repos, aux opiacés, à l'emploi d'un bandage élastique. Le pronostic est évidemment ici sans gravité et une intervention chirurgicale, quelle qu'elle soit, serait sans excuses.

Cas sérieux : « Mais, dit-il encore, il n'en est pas toujours ainsi. Le pronostic a quelquefois une réelle gravité. Nous ne voulons pas parler ici des complications qui ont été signalées par les auteurs dans l'histoire du rein mobile. Toutes ces complications sont fort intéressantes sans doute, mais leur rareté même ne permet pas d'en tirer une conclusion au point de vue des indications chirurgicales. « Un rein flottant, douloureux, entraîne un pronostic fâcheux, non parce qu'il pourrait amener, par un hasard malheureux, des lésions du rein, du péritoine, de l'intestin ou de tout autre organe, mais à cause des phénomènes douloureux qu'il provoque et qui sont capables par leur répétition d'entraîner une déchéance de l'organisme et de compromettre l'existence. Quand les accès douloureux se répètent à de courts intervalles, condamnent la malade, souvent jeune encore, à une complète inaction, font de sa vie un véritable martyre, quand tous les moyens thérapeutiques sont sans efficacité, nous croyons avoir le droit de dire qu'une intervention chirurgicale est légitime, surtout quand elle n'apporte pas avec elle, et c'est le cas de la néphrorraphie une chance sérieuse de mort. Il faut avoir connu, pendant quelque temps, une personne atteinte d'un rein flottant douloureux, pour apprécier l'importance que l'on doit reconnaître, dans certains cas, à cette affection ». Et Vanneufville conclut : « Le rein flottant douloureux donne parfois lieu à des accidents suffisamment graves pour légitimer la néphrorraphie, qui est capable, et seule capable, de faire disparaître définitivement les troubles morbides causés par le rein flottant. »

LE CUZIAT (1889)[2] montre que le rein mobile est susceptible de donner lieu à des troubles dyspeptiques et à des troubles nerveux.

1. Vanneufville. Thèse de Paris, 1887-88.
2. Le Cuziat. Thèse de Paris, 1888-89.

Il en prend comme preuve la disparition de ces troubles chez deux malades, à la suite de la simple application de la ceinture à pelote à air de M. Tuffier. Il déclare que la ceinture doit toujours être essayée en pareil cas, mais, dans ses conclusions, il déclare aussi, que si le traitement palliatif échoue, il faut dans ces cas recourir à la néphrorraphie.

KHOLODENKO (1889)[1] ne précise pas les indications opératoires. On trouve seulement dans ses conclusions, cette phrase : « Le rein flottant douloureux donne parfois lieu à des accidents suffisamment graves pour que l'intervention chirurgicale s'impose ». Et plus loin : « Les échecs thérapeutiques de la néphropexie sont dus à l'insuffisance de la fixation ». Il préconise le procédé de fixation transparenchymateuse.

LE DENTU (1889)[2]. — Le Prof[r] Le Dentu, qui propose après Terrier le nom de *néphropexie* classe les reins mobiles en trois séries : 1° ceux qu'il ne faut jamais opérer, car ils ne donnent pas de symptômes fâcheux; 2° ceux qu'on peut opérer, car ils créent au malade une situation intolérable sans menacer la vie; dans ce cas, proposer au malade la néphropexie et, en cas d'échec de celle-ci, la néphrectomie; 3° ceux où l'indication dépend des circonstances et des complications (pyonéphrose, hydronéphrose, kyste, tuberculose, cancer); il faut alors se comporter comme pour un rein qui ne serait pas mobile.

GUYON (1889)[3]. — Le Prof[r] Guyon, après avoir exposé son procédé de néphropexie et publié deux observations où il eut un plein succès, déclare qu'il préfère la néphropexie à la néphrectomie qu'on réservera aux échecs de la première.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (1889)[4]. — Rappelant la récente communication de M. Guyon à l'Académie de médecine, l'auteur se rallie à l'opinion de ce dernier; comme M. Guyon, M. Lucas-

1. Kholodenko. Thèse de Paris, 1888-89.
2. Le Dentu. *Affect. chirurg. des Reins.* Paris, Masson, 1889, 833 p.; p. 153.
3. Guyon. *Bull. Acad. Méd.*, 1889, 2[e] S[e], T. XXI. p. 239-250.
4. Lucas-Championnière. *Journal de Méd. et Chir. prat.* Mai 1889, T. LX, p. 193-198.

Championnière préfère la néphrorraphie à la néphrectomie. — C'est une opération des plus simples, dit-il, et M. Lucas-Championnière rappelle qu'il fit sa première néphrorraphie à l'Hôpital Saint-Louis le 18 juin 1888. Il en obtint un excellent résultat. Deux autres observations de néphrorraphies citées par l'auteur sont trop récentes pour qu'il en puisse tirer aucune conclusion.

KEEN (1890)[1] signale que la néphrectomie donne 20 à 30 p. 100 de mortalité, tandis que la néphrorraphie ne donne que 2 p. 100.

MAC COSH (1890)[2] a opéré trois malades dont une deux fois : il est partisan de la néphropexie sans décortication.

TUFFIER (1890)[3]. — M. Tuffier croit que les reins flottants doivent être traités par les appareils prothétiques : en cas d'échec de ceux-ci, faire la néphrorraphie, et en cas de nouvel échec, la néphrectomie.

SULZER (1891)[4] relève 80 néphrorraphies avec 2 morts, 4 cas douteux, 21 récidives, 45 guérisons. Il conseille de commencer par le traitement orthopédique (bandages); en cas d'échec, faire la néphrorraphie lombaire, et en cas de plusieurs récidives ou de dégénérescence du rein, faire la néphrectomie.

TUFFIER (1891)[5]. — M. Tuffier recommande de n'opérer que les reins mobiles simples, non compliqués. La rein mobile simple, luxation à réduire, est le triomphe de la néphropexie qui échoue là où le rein n'est qu'un épisode d'une ptose généralisée. Il publie 14 néphrorraphies avec 1 mort par tétanos, 13 guérisons, dont, sur 10 cas éloignés, il note 9 guérisons définitives et complètes et 1 insuccès, même après une seconde opération.

DUCHESNE (1892)[6] qui expose les idées de M. Tuffier, distingue au rein mobile deux formes : une forme *simple* et une forme *compliquée*.

1. Keen. *Boston med. a. surg. J.*, 1890. T. LII, p. 648.
2. Mac Cosh. *N.-York med. J.*, 1890. T. LI, p. 281-288.
3. Tuffier. *Arch. gén. de Méd.*, 1890. T. I, p. 18-31.
4. Sulzer. *Deutsche Z. f. Chir.*, 1891. T. XXXI, p. 506.
5. Tuffier. *Revue de Chir.*, 1891. T. XI, p. 411.
6. Duchesne. Thèse de Paris, 1891-92.

La forme *simple*, hernie de force, est caractérisée par l'apparition subite d'un déplacement du rein consécutif à un traumatisme dans la grande majorité des cas; le rein est seul en cause et ne crée des espèces distinctes : forme douloureuse, forme dyspeptique, forme nerveuse, que par la façon dont il se comporte à l'égard des organes voisins et de l'état général :

1° *Forme douloureuse.* — La douleur domine la scène; c'est elle qui détermine les malades à s'adresser au médecin, que cette douleur reste localisée au rein ou à la région dans laquelle il se trouve, ou qu'elle irradie aux lombes, à tout l'abdomen, aux aines, à la partie supérieure des cuisses, ou même qu'elle simule une colique néphrétique.

2° *Forme dyspeptique.* — Cette forme, existant indépendamment de l'entéro-néphroptose, est extrêmement rare, M. Tuffier ne l'a rencontrée que deux fois.

3° *Forme nerveuse.* — Cette forme est qualifiée par M. Tuffier du nom de forme neurasthénique. Il s'agit bien entendu d'accidents nerveux indépendants de toute entéro-néphroptose.

Dans ces trois formes, il convient, dit l'auteur, d'essayer d'abord la ceinture et, si celle-ci ne donne pas de bons résultats, de recourir à la néphrorraphie. Il signale, à ce propos, les bons résultats que cette opération donne dans la forme douloureuse. Dans la forme dyspeptique simple, qu'il déclare très rare, l'auteur ne parle pas des résultats opératoires. Quant à la forme nerveuse, elle serait souvent traitée avantageusement par la néphrorraphie, bien entendu toujours dans le cas d'échec du traitement palliatif avec la ceinture. Au rein mobile simple, l'auteur rattache les formes de rein mobile avec hydronéphrose intermittente, et les formes qui s'accompagnent de compressions diverses, intestin, cholédoque, etc... Dans ces cas, l'intervention chirurgicale s'impose. Ce qui caractérisait la forme simple que nous venons de décrire, c'est qu'elle survenait chez des sujets dont la santé générale avait été relativement bonne jusque là et qu'elle succédait souvent à un traumatisme.

La forme compliquée se présente tout autrement. Dans ce cas, la chute du viscère n'est plus qu'un élément d'un symptôme beaucoup plus complexe, d'une véritable diathèse ptosique. Tous les viscères abdominaux participent, en effet, à ces déplacements, d'une manière

plus ou moins accentuée, de telle sorte qu'on peut trouver toutes les gammes dans cet état pathologique; et comme le disait M. Tuffier au Congrès de chirurgie, en 1891 : « La néphroptose n'est plus alors qu'un accident au milieu de cette ptose générale des viscères et des ligaments viscéraux. »

Les malades qui sont atteints de cette forme de néphroptose, hernie de faiblesse, n'ont jamais eu une santé absolument parfaite. Ce sont, le plus souvent, des névropathes chez lesquels il n'est pas rare de trouver un ventre flasque, des hernies, des varices, des hémorroïdes, des signes d'entéro-sténose, des ptoses viscérales multiples, enfin, et d'une manière on peut dire constante, des troubles gastro-intestinaux, de la dilatation stomacale. Ces individus rentrent, en somme, dans la grande classe des malades par ralentissement de la nutrition. En un mot, la note dominante, c'est l'atonie gastrique, l'atonie intestinale, l'atonie nerveuse, l'atonie physiologique. La conclusion, c'est qu'au point de vue de l'intervention chirurgicale, il ne faudra toucher à ces malades que lorsqu'on aura la main forcée et, encore, les résultats seront-ils le plus souvent mauvais.

FARAGGI (1892)[1]. — Comme celle de Le Cuziat, la thèse de Faraggi est inspirée par M. Tuffier. Divisant toujours les cas en rein mobile *simple* et en rein mobile *compliqué*, il répète ce qu'a dit Le Cuziat, mais il précise les indications et, de plus, il stipule les contre-indications. Nous lisons dans ses conclusions :

A. — *Rein mobile simple.* — « 1° Si le rein mobile est franchement traumatique et qu'il provoque des accidents douloureux plus ou moins violents, il y a indication à pratiquer la néphrorraphie après l'échec d'un appareil prothétique bien confectionné. 2° Il y a également indication opératoire toutes les fois que le rein mobile entrave le jeu normal des organes environnants. 3° Il y a lieu de temporiser et d'essayer une ceinture toutes les fois que chez un neurasthénique le rein mobile ne paraît pas être dû à un traumatisme. Dans ce cas, la prothèse a un double avantage : de soulager les malades dans une large mesure et d'édifier le chirurgien sur la variété du rein mobile auquel il a affaire. »

« Dans la forme simple, il y a contre-indication opératoire : 1° Dans le cas de rein mobile atteint de néphrite aiguë ou chro-

1. Faraggi. Thèse de Paris, 1892-93.

nique. 2° Dans le cas d'âge avancé, ou de maladie générale ou constitutionnelle, de cachexie des malades. »

B. — *Rein mobile compliqué.* — Il faut recourir à l'intervention : « 1° Quand le rein mobile compliqué provoque des douleurs atroces, qu'il ne laisse aucun repos au malade, et qu'un appareil prothétique remplissant toutes les indications désirables ne peut les soulager. 2° Quand il y a des signes évidents d'hydronéphrose intermittente ou de pyonéphrose intermittente dues à la coudure de l'uretère. A part les deux cas précédents, on doit s'abstenir de toute intervention et avoir recours à la prothèse et aux moyens médicaux comme : douches, massages, toniques et électricité. »

MAYOLLE (1894)[1], qui s'inspire de M. Duret, s'occupe bien plus des procédés que des indications opératoires. Il vante les heureux résultats de la néphropexie, signale son influence favorable sur les troubles des organes génitaux aussi bien chez l'homme que chez la femme. Il ne stipule pas les cas où l'opération est contre-indiquée.

ISRAEL (1894)[2], peu partisan de la néphropexie, ne l'a faite que 6 fois, dont 2 fois à la demande expresse des malades : il la réserve aux reins mobiles qui ont des douleurs rénales caractéristiques, des prodromes, de l'hydronéphrose intermittente ou qui ont des douleurs permanentes. Pour les autres, il préfère les bandages, les ceintures et le traitement symptomatique.

LAVERGNE (1894)[3], comme Le Cuziat, Faraggi, s'inspire surtout dans sa thèse des idées de M. Tuffier. Au point de vue des indications et des contre-indications opératoires, il distingue trois cas : le rein mobile simple, le rein mobile compliqué, le rein mobile congénital.

Indications opératoires. — 1° Rein mobile *simple*. L'indication opératoire est nette si le rein mobile se présente dans les trois conditions suivantes : *a*) douleur; *b*) complications accompagnées ou non de douleurs ; *c*) troubles nerveux, sous réserves.

a) *Douleur.* — Il fait essayer le traitement palliatif et dans le cas d'échec, recourre à la néphrorraphie.

1. Mayolle. Thèse de Lille, 1893-94.
2. Israel. *Arch. f. klin. Chir.* 1894, T. XLVII, p. 302-463.
3. Lavergne. Thèse de Paris, 1894-95.

b) *Complications.* — Qu'il s'agisse d'hydronéphrose, d'étranglement rénal, de pyonéphrose, d'accidents urémiques, de compressions ou de toutes autres complications dues au rein mobile, M. Tuffier, dit l'auteur, recommande d'essayer d'abord le traitement palliatif, et si celui-ci échoue, de recourir à la néphrorraphie.

c) *Troubles nerveux.* — Les cas où les troubles nerveux nécessitent et justifient l'intervention chirurgicale sont très rares et de moins en moins nombreux. Tous les auteurs aujourd'hui sont d'accord pour dire qu'on ne saurait être trop prudent dans les cas de ce genre. — Chez une femme hystérique, dit M. Picqué, il faut mieux s'abstenir de toute opération, à moins d'accidents urémiques, au moins dans la plus grande majorité des cas. — Vous voyez, dit M. Guyon, des malades chez qui la douleur n'est nullement proportionnelle au déplacement. L'état névropathique joue un rôle plus grand que l'ectopie rénale. La néphrorraphie dans ce cas amènerait peu de soulagement. — M. Tuffier donne cependant des exemples d'hystériques et de neurasthéniques avec rein mobile qui furent guéris par la néphrorraphie (deux succès sur trois interventions). Mais il dit par ailleurs qu'on ne saurait se montrer trop prudent et qu'il ne faut intervenir dans ces cas qu'à la dernière extrémité. D'ailleurs, la plupart des reins mobiles, chez les nerveux, rentrent dans le domaine de l'entéro-néphroptose qui est une contre-indication formelle à la néphropexie. Enfin, dans tous les cas de rein mobile simple où le traitement médical échoue, on est autorisé à opérer, mais sous les réserves précédentes.

2° Rein mobile *compliqué.* — Il s'agit ici d'entéro-néphroptose. Il ne faut intervenir dans ces cas que si l'on est absolument forcé par les circonstances, et encore sera-t-il préférable de ne pas intervenir du tout.

3° Rein mobile *congénital.* — Ce cas ne rentre pas dans le cadre de notre étude ; nous n'en parlerons donc pas.

ALBARRAN (1895)[1]. — Il ne faut pas, dit tout d'abord notre maître M. Albarran, tenir grand compte de l'étendue du déplacement dans les indications opératoires; celles-ci doivent être recherchées bien plutôt dans les accidents présentés par les malades, quel que soit le degré de la mobilité rénale, et il écrit : « Les symptômes

1. Albarran. Etude sur le rein mobile. *Ann. Org. g.-ur.* T. XIII, p. 577-673.

qui décident les malades à consulter sont classés pour la commodité de l'étude sous trois chefs : on distingue la douleur, les phénomènes nerveux et les phénomènes digestifs. Cette dissociation des symptômes est purement conventionnelle, et je ne pense pas qu'il y ait lieu d'établir, d'après elle, des formes douloureuse, nerveuse et dyspeptique dans le rein mobile. Ces trois ordres de symptômes qui sont d'ailleurs, le plus souvent, associés chez le même malade, se succèdent les uns aux autres ou alternent entre eux sans aucune loi préétablie. »

M. Albarran étudie d'abord les phénomènes douloureux; qu'il y ait alors ou non étranglement rénal, la néphropexie donnera les meilleurs résultats.

Dans les cas, par contre, où se mêle d'une manière plus ou moins prépondérante l'élément nerveux, l'indication opératoire se présente sous un jour nouveau qu'on ne comprendra qu'après avoir saisi la pathogénie même de cet état nerveux. « Il faut savoir, en effet, que les phénomènes douloureux du rein mobile ne sont pas sous la dépendance exclusive des conditions mécaniques, et qu'il faut tenir grand compte des réactions individuelles du système nerveux de chaque malade. » Il étudie alors le nervosisme, l'hystérie, la neurasthénie, que l'on peut observer au cours du rein mobile. « Pour bien comprendre la fréquence de la neurasthénie et de l'hystérie dans le syndrome de la néphroptose, il faut d'abord savoir que, en vertu d'un principe, bien établi aujourd'hui, ne devient pas neurasthénique ou hystérique qui veut. Il faut pour que ces névroses se développent, que la cause déterminante agisse sur un terrain préparé, et cette préparation nous est expliquée par l'hérédité névropathique, directe ou indirecte, comme l'a démontré l'Ecole de la Salpêtrière. Partant de ce principe, je suis arrivé à considérer dans la plupart des cas, le rein mobile comme un stigmate de dégénérescence. Lorsqu'on veut bien les rechercher, on trouve d'ailleurs qu'avec le rein mobile existent d'autres stigmates de dégénérescence : stigmates physiques et psychiques.

« D'après ma conception qui fait du rein mobile un stigmate de dégénérescence, au moins dans un grand nombre de cas, on comprend facilement que ces malades présentent souvent les phénomènes caractéristiques de la neurasthénie ou de l'hystérie. Que, sur ce terrain si favorable à l'éclosion des symptômes nerveux, un

petit traumatisme, ou d'autres causes, déterminent la mobilité du rein, et l'on verra les accidents se développer. Pour moi, le rein mobile, joue, dans ces cas, le rôle de cause occasionnelle. Il y a là un véritable traumatisme interne et les phénomènes nerveux consécutifs doivent être interprétés dans le sens de l'hystéro-traumatisme, ou de la neurasthénie traumatique de cause interne.

« Après l'interprétation que je propose pour les symptômes nerveux du rein mobile, on comprendra facilement que la fixation orthopédique ou opératoire du rein puisse réussir dans un certain nombre de cas, échouer dans d'autres, ou encore ne donner que des résultats incomplets.

« Il est évident qu'il est, dans ces conditions, indiqué comme dans tous les cas d'hystéro-traumatisme, de supprimer la cause occasionnelle de cet état nerveux. Aussi, lors de phénomènes nerveux accentués, si les moyens orthopédiques sont insuffisants, il faut intervenir, tout en sachant le résultat aléatoire de l'intervention. Il faut même savoir qu'une intervention opératoire peut aggraver les phénomènes névropathiques et que les réactions nerveuses qui suivent l'acte opératoire peuvent revêtir un caractère alarmant de gravité. » Et M. Albarran cite un cas de ce genre où un simple grog chaud avait suffi à mettre fin à un état véritablement alarmant chez une nerveuse qu'on avait opérée d'un rein mobile.

— « Il faut encore observer que dans les cas de rein mobile comme dans tous les cas d'hystéro-traumatisme, la suppression de la cause ne guérit pas toujours la névrose qui peut continuer à évoluer pour son propre compte, sans qu'on connaisse le pourquoi de ces résultats variables. » Cette restriction ne change rien, d'après M. Albarran, à l'indication opératoire qu'il a précédemment posée.

L'auteur étudie enfin les troubles digestifs. Il distingue trois variétés de ces troubles : 1° les troubles par compression mécanique; 2° ceux qui sont dûs à des phénomènes nerveux réflexes dépendant du rein mobile et 3° les accidents digestifs qui reconnaissent pour cause l'entéroptose associée au rein mobile. Pour lui, les troubles purement mécaniques ne sont pas très fréquents. Très fréquents par contre sont les troubles nerveux de l'appareil digestif dans le rein mobile, qu'il s'agisse de dyspepsie ou de crises gastralgiques.

Enfin, dans un troisième groupe de faits, il convient d'attribuer les symptômes digestifs à la néphroptose concomitante. Pour Glénard, la néphroptose est toujours liée à l'entéroptose; Ewald pense, par contre, que la coïncidence est rare tandis que d'autres auteurs, comme Guttmann et Sénator, sont arrivés à nier tout lien étiologique entre les deux affections. « Il n'est pas douteux, dit M. Albarran, que chez un certain nombre de malades, il y ait un relâchement général des moyens de soutien des viscères abdominaux; chez eux, l'entéroptose domine le cadre symptomatique local et général et, si le rein est déplacé, ce n'est pas à la mobilité de cet organe que sont dûs les phénomènes accusés par les malades. Dans ces cas, la mobilité rénale n'est qu'un épiphénomène dans la maladie principale. D'autres fois, il y a bien de l'entéroptose coïncidant avec le déplacement du rein, mais un certain nombre de symptômes, surtout les douleurs locales, peuvent être mis sur le compte de la néphroptose et disparaissent avec elle. A côté de ces cas, il y a un nombre beaucoup plus considérable de malades chez lesquels il n'y a pas d'entéroptose et chez qui les symptômes sont strictement sous la dépendance du rein mobile.

« On comprend dès lors la variabilité des résultats thérapeutiques dans les phénomènes digestifs du rein mobile à la suite de la fixation orthopédique ou opératoire du viscère. Les troubles mécaniques pourront et devront être efficacement combattus. Quant aux dyspepsies nerveuses, on doit s'attendre aux différentes éventualités que j'ai signalées dans l'étude des névroses; tantôt il y aura amélioration, tantôt persistance ou même aggravation des troubles symptomatiques. Dans l'entéroptose, enfin, toute action directe et isolée sur le rein ne produira aucun résultat lorsque le déplacement de l'organe n'est qu'un élément de la maladie générale. C'est d'ailleurs le cas le plus rare. »

« Dans d'autres circonstances, la fixation du rein pourra faire disparaître certains symptômes qui sont directement imputables à la néphroptose. Pourtant, même dans ces derniers cas, il faudra se préoccuper de soutenir la paroi abdominale et de traiter en elle-même l'entéroptose. Le port d'une ceinture, même après la néphropexie, devra être conseillé. »

Pour terminer, M. Albarran précise les indications opératoires dans le cas où le rein mobile se complique d'hydronéphrose, de

pyélonéphrite, de pyonéphrose, et il conclut après avoir cité l'observation de trois malades, que dans ces cas, l'indication de la néphrorraphie est formelle.

GUYON (1895)[1]. — Dans ses leçons, le Prof[r] Guyon insiste sur les conditions qui tiennent à l'état de l'abdomen, à l'état général, à l'état nerveux : il réserve l'opération au cas où les accidents sont nettement dépendants de la mobilité du rein.

LAFOURCADE (1895)[2] publie 14 néphropexies avec 13 guérisons et 1 mort; il refuse d'opérer quand il y a ptose d'autres organes ou des varices.

WALCH (1896)[3]. — Dans sa thèse, inspirée par M. Albarran, l'auteur s'occupe surtout des indications opératoires du rein mobile. Le rein mobile, dit Walch, est une affection d'une certaine gravité, car elle est souvent douloureuse au point de rendre la vie insupportable et il faut aussi compter avec ses complications. A ce propos, l'auteur énumère quelques-unes de celles-ci. Nous n'y insisterons pas. « En réalité, dit l'auteur, on ne peut obtenir la réduction et l'immobilité du rein que par deux méthodes : l'orthopédie d'une part, l'intervention sanglante d'autre part. »

D'après lui, la ceinture, pour avoir une action salutaire, doit avant tout être bien appropriée au malade et à chaque cas particulier de rein mobile. Elle est souvent inefficace, parce que mauvaise ou mal placée. Quant à la néphrorraphie, c'est aujourd'hui, dit-il, une opération bien réglée, d'une exécution facile et d'un pronostic bénin. « Elle peut soutenir la comparaison avec les opérations les plus bénignes de la chirurgie. »

De ces deux méthodes, orthopédie ou intervention sanglante, à laquelle doit-on avoir recours, se demande l'auteur? Bien divergentes sont les opinions à ce sujet, et il va citer Israël, Herczel, Neumann, Greig Smith, M. Tuffier et M. Albarran.

Israël prêche l'abstention, ainsi que le démontre bien sa statistique qui ne comporte que quatre néphrorraphies ; il n'admet l'intervention que dans le cas d'*hydronéphrose intermittente*. — Pour

1. Guyon. *Indép. méd.* Paris, 1895, T. I, p. 34.
2. Lafourcade. *Cong. périod. de Gyn. Obst? Péd.*, 1895 p. 375-380.
3. Walch. Thèse de Paris, 1895-96.

Herczel, il ne faut opérer que si le rein mobile est sain et si le massage et les bandages sont restés sans résultats. — Neumann résume ainsi son opinion : 1° Tout rein flottant, avec un léger degré de mobilité, ne causant pas de gêne et n'étant constaté que par hasard, peut rester sans traitement ; les bandages sont utiles en pareil cas. 2° La néphrorraphie est indiquée chaque fois que le rein est très mobile et quand même le traitement palliatif aurait paru avoir quelque succès. 3° Quand la néphrorraphie échoue, il ne faut pas hésiter à la refaire si le rein est devenu mobile ; dans le cas contraire, on fera la néphrectomie. — Greig Smith ne trouve la néphrorraphie indiquée que lorsqu'il survient de graves désordres menaçant sérieusement la santé. — D'après M. Tuffier, l'opération ne doit être pratiquée que quand la mobilité rénale est nettement la cause des accidents douloureux et quand le port d'un appareil prothétique ne calme pas les douleurs.

L'auteur résume ensuite les indications opératoires suivant M. Albarran ; nous ne les répétons pas, et il conclut : « Ainsi donc, différentes sont les opinions. Les uns n'opérant presque jamais, les indications opératoires étant au contraire très étendues pour les autres. Il faut d'abord, dit-il, examiner si les différents troubles observés chez les néphroptosés sont susceptibles de guérir par la néphrorraphie et, ensuite, si avec l'orthopédie on peut obtenir les mêmes résultats, et dans quelle mesure. »

D'après l'auteur, quand les douleurs sont localisées au niveau du rein, quand ces douleurs surviennent par crises a l'occasion de la fatigue, de certains mouvements et sont, au contraire, calmées par le repos, il n'est pas douteux qu'une bonne immobilisation du rein par la néphropexie ne donne de bons résultats. Si on est en présence d'un neurasthénique, d'un hystérique, la question est plus difficile à résoudre. Il faut, avant tout, bien examiner quelles relations il peut y avoir entre ces états névropathiques et le rein mobile, voir s'ils ont pris naissance avec la mobilité rénale, s'ils sont exagérés par elle. Les troubles digestifs eux-mêmes sont bien souvent sous la dépendance de la mobilité rénale et les malades affirment qu'ils digèrent beaucoup mieux quand ils ne souffrent pas de leur rein. Quant aux crises gastriques, elles disparaissent sûrement par la néphropexie. Abordant enfin les cas où le rein mobile se complique d'hydronéphrose ou de pyonéphrose, il dit que, seule la

fixation du rein peut, dans ces cas, donner un résultat satisfaisant.

L'orthopédie peut réussir, d'après lui, quand le rein mobile est peu douloureux, quand les symptômes sont peu accentués. D'autre part, il signale que les appareils orthopédiques sont mal supportés des personnes obligées à faire des travaux un peu pénibles, et l'auteur conclut : « Etant donné que la néphropexie peut être regardée comme une opération bénigne, elle nous paraît avoir l'immense avantage de pouvoir, seule, donner l'immobilité suffisante du rein, pour permettre d'espérer dans beaucoup de cas, la guérison ou au moins une grande amélioration. » Et il se résume : 1° La ceinture est indiquée dans les cas de rein mobile latent; presque toujours également, quand il y a entéroptose concomitante, qu'il y ait eu ou non opération. 2° En toute autre circonstance, il faut préférer la néphropexie, lorsque, bien entendu, on a pu établir le lien qui existe entre la mobilité rénale et les phénomènes observés. 3° Chez les neurasthéniques et les hystériques, le chirurgien, songeant aux accidents fâcheux qui peuvent survenir chez ces névropathes après la néphrorraphie devra porter un pronostic opératoire moins bénin.

TRICOMI (1897)[1], après 32 opérations, dont 23 pour rein mobile douloureux et 7 avec troubles dyspeptiques, conseille une ceinture élastique avec coussin à air pour les cas bénins et, dans les cas plus intenses, la néphropexie dont il loue les bons résultats.

JONNESCO (1897)[2], est partisan de la néphropexie, pour laquelle il décrit un procédé avec fils temporaires. Sa manière de comprendre les indications opératoires est tout au long décrite dans la thèse de Malterre. (V. ci-dessous).

MALTERRE (1898)[3]. — Cette thèse est inspirée par M. Bazy. L'auteur étudie d'abord les contre-indications opératoires. Pour lui, il y a contre-indication : 1° quand il n'existe pas assez de lésions; quand le rein mobile est absolument silencieux. 2° Quand les symptômes sont à peu près insignifiants, qu'il s'agisse de quelques douleurs vagues, peu durables, ou de troubles dyspeptiques variés, peu

1. Trigomi. *Soc. ital. Chir.*, 1897. T. XI, p. 168-210.
2. Jonnesco. *Congrès de Moscou*, 1897, T. V, p. 296-307.
3. Malterre. Thèse de Paris, 1898-99.

marqués. Dans ces cas là, l'intervention ne s'impose pas ; elle serait d'ailleurs mal supportée par la malade. Il y a encore contre-indication lorsque, chez un même sujet, le cortège symptomatique est par trop complexe : douleurs vives, troubles digestifs intenses, accidents nerveux très prononcés, bilatéralité du rein mobile, avec ptoses multiples, emphysème, varices, etc... Dans ces cas, toute intervention chirurgicale serait illusoire. Ce sont ces cas qui relèvent du traitement orthopédique. Ils ne sont d'ailleurs pas très fréquents, d'après l'auteur.

L'entéroptose, beaucoup moins fréquente qu'on ne l'a dit, n'est pas par elle-même une contre-indication à l'opération, dès l'instant que la mobilité rénale a une part certaine dans le complexus pathologique. Et l'auteur cite à l'appui de son dire l'opinion de M. Albarran précédemment exprimée.

Au point de vue des indications opératoires générales, l'auteur commence par faire un parallèle entre le rein mobile et la hernie. « Il en est, dit-il, des indications de la néphropexie dans le traitement du rein mobile comme des indications de la cure radicale des hernies non étranglées. L'analogie entre ces deux affections est encore complétée par ce fait que l'opération est aussi bénigne dans un cas que dans l'autre. « Un autre fait qui plaide en faveur de l'intervention chirurgicale, est que le rein mobile est susceptible d'occasionner des accidents parfois très graves et pouvant mettre la vie des malades en danger.... ». « Pour que la néphropexie, dit-il, puisse donner des résultats thérapeutiques satisfaisants, il faut que l'indication opératoire soit nettement posée, c'est-à-dire qu'il faut s'assurer que les troubles accusés sont dûs à la ptose rénale ou que celle-ci contribue, pour une large part, à leur manifestation.

Au point de vue maintenant des indications opératoires particulières aux différentes formes de rein mobile, l'auteur décrit avec Jonnesco et beaucoup d'autres auteurs, trois variétés de rein mobile, suivant qu'il se manifeste par des troubles généraux, des troubles de voisinage, ou des troubles locaux. Parmi les *troubles généraux*, les phénomènes nerveux méritent une attention particulière. En face d'une malade atteinte de rein mobile et présentant des symptômes nerveux, beaucoup de chirurgiens convaincus qu'il n'existe aucune relation de cause à effet entre la mobilité

rénale et ces phénomènes névropathiques, s'abstiennent d'opérer, mettant ces troubles nerveux sous la dépendance d'un état général préexistant. — « A ce point de vue, dit l'auteur, nous nous rangerons à l'opinion de M. Jonnesco qui, en présence de ces cas, n'hésite pas du tout à opérer. Des observations existent d'ailleurs, et nombreuses, où de bons résultats ont été obtenus dans de pareils cas, à la suite d'une bonne fixation du rein. » Les accidents urémiques à forme gastro-intestinale, avec des vomissements incoercibles souvent, constituent une indication importante. Dans les troubles de voisinage, rentrent toutes les compressions déjà signalées par ailleurs, et l'on comprend que ces accidents disparaissent lorsque le rein est réintégré à sa place normale. Pour ce qui est maintenant des troubles locaux, les douleurs locales, qu'elles soient continues ou intermittentes, l'hydronéphrose intermittente, la pyonéphrose, quand elles reconnaissent pour cause immédiate la mobilité rénale, constituent des indications indiscutables de la néphropexie.

En résumé, les indications opératoires de la néphropexie sont très nombreuses et, à part les cas où le rein flottant ne trahit sa présence par aucun symptôme ou par des symptômes insignifiants, l'opération doit être proposée à la malade. Et l'auteur termine en insistant sur un point que, dit-il, il n'a trouvé nulle part exposé, et sur lequel M. Bazy a attiré son attention. (Voir plus loin, 1899, l'article de M. Bazy sur les formes graves du rein mobile).

FORGUE (1898)[1], pense que l'opération est commandée par les douleurs, les phénomènes digestifs ou bien l'hydronéphrose intermittente; l'état général peut contre-indiquer l'opération. Il reconnaît que la vraie cause des accidents est quelquefois la névropathie, l'entéroptose ou des lésions génitales.

EDWIN LEWIS (1898)[2], recommande le traitement chirurgical : la néphropexie, sauf si les lésions anatomiques exigent la néphrectomie.

BAZY (1899[3]). — Les résultats que signale M. Bazy dans cet article sont tellement saisissants et servent si bien la cause que

1. Forgue. *Nouv. Montp. méd.*, 1898. T. VII, p. 161-167.
2. Lewis (Edwin). *New-Y. med. J.*, 1898. T. LVII, p. 567-571.
3. Bazy. Formes graves du rein mobile. *Rev. de Gynéc.*, 1899, T. III, p. 223-234.

nous nous sommes proposé de défendre, que nous ne pensons pas pouvoir mieux faire, dans l'intérêt même de notre travail, que de citer, en grande partie, le mémoire de M. Bazy.

« On décrit, dit M. Bazy, trois formes de rein mobile, douloureuse, dyspeptique, nerveuse. Souvent ces formes s'associent, et en particulier la forme douloureuse et la forme dyspeptique, constituant les *formes graves* du rein mobile. L'état dans lequel elles plongent les malades est comparable à une cachexie et pourraient être décrites sous le nom de *cachexie néphroptosique*. »

M. Bazy signale à ce propos la disproportion qui existe entre le degré de mobilité rénale et les symptômes observés, et il insiste sur ces malades qui, avec une mobilité rénale très faible, peuvent présenter une forme grave, cachectisante. « Les cas, dont je parle, dit-il, traités par la néphropexie, m'ont donné des résultats tellement importants et décisifs que je n'hésiterais pas, dans des cas analogues, à conseiller une intervention dont la bénignité est et doit être un caractère essentiel. »

M. Bazy cite alors trois observations. Dans la *première* observation, il s'agissait d'une dame d'une trentaine d'années, soignée depuis quelque temps déjà pour des troubles dyspeptiques et douloureux très prononcés, par deux médecins. Ceux-ci, qui avaient d'ailleurs reconnu l'existence d'un rein mobile droit, voyant l'inefficacité du traitement médical, adressèrent la malade à M. Bazy (en juin 1897). Outre des troubles digestifs très sérieux, cette malade présentait un état tellement douloureux de son rein droit, qu'elle ne pouvait faire cent mètres sans éprouver de telles souffrances qu'elle fut obligée de se reposer; elle en était ainsi venue à ne plus oser sortir, ni aller loin, de peur d'être prise par ses douleurs.

A l'examen, la malade très amaigrie, présente un ventre plat à musculature suffisante. Il n'existe pas de traces de ptose des viscères abdominaux. Au reste la malade n'avait pas eu d'enfants. Le rein droit seul était très nettement et très facilement senti; il était mobile, réductible et sortait presque en totalité de sa loge, mais y rentrait non moins facilement. La pression était douloureuse ; il ne paraissait pas augmenter de volume. « J'avoue, dit M. Bazy, que ces symptômes me parurent tellement hors de proportion avec le léger symptôme *mobilité rénale*, que malgré l'insistance de la

malade, j'ajournai l'opération et conseillai à la malade une cure d'altitude. Je revis cette dame en novembre; elle venait de faire sa cure. Son état était le même; elle venait me rappeler ma promesse et me réclamer l'opération. Je demandai à la revoir avec ses médecins. Ces derniers furent absolument catégoriques. Je m'inclinai et il fut convenu que je l'opérerais. Je dois dire que je n'eus pas tout d'abord à me louer de mon intervention, et quoique, ainsi que je l'ai dit, ma responsabilité fût absolument mise hors de cause par l'opinion formelle et absolue de mes collègues, je me repentais vivement d'être intervenu. La malade continuait à souffrir de son estomac, de son ventre, de ses reins ; elle avait un dégoût continuel pour les aliments, des lourdeurs et des pesanteurs d'estomac et, si, au début, j'avais pu mettre ces accidents sur le compte du chloroforme, j'avais dû bientôt changer d'opinion et reconnaître que mon opération n'avait amené aucune espèce de changement. Je dois dire que c'est sans aucune espèce de conviction que je lui disais que tout cela changerait quand elle serait levée. Bref, quand je cessai de la voir, j'étais intimement convaincu d'avoir fait une opération inutile et pour un peu, en guise de consolation, je me serais volontiers applaudi de ma clairvoyance. En tout cas, je me félicitais de n'avoir cédé qu'à une pression prolongée. J'avais perdu cette opérée de vue, quand un jour, je la vis entrer chez moi. Elle était toute changée; au lieu d'une femme maigre, pâle, à peau terreuse, sèche, que j'avais quittée, je me trouvais en face d'une personne d'un embonpoint tout à faire souhaitable, la figure pleine, le teint frais, marchant très bien, et mangeant de fort bon appétit. Elle vit mon étonnement et n'en fut pas surprise. Elle me dit alors que pendant deux mois et demi à trois mois après l'opération, elle avait encore traîné, mais que peu à peu, les douleurs avaient disparu, les fonctions digestives s'étaient régularisées et qu'au bout du sixième mois, elle se sentait fort bien, et, pour m'en donner la preuve, elle venait elle-même me demander d'aller voir un de ses parents malade ».

Dans la *deuxième* observation de M. Bazy, il s'agissait d'une malade que M. Mathieu soignait depuis longtemps à l'hôpital Tenon pour des troubles dyspeptiques graves, compliqués de neurasthénie. Cette malade, âgée de 42 ans, souffrait depuis sept ans de l'estomac et depuis cette époque, elle ressentait également des dou-

eurs dans la région rénale droite. Dans le courant de l'année 1896, cette malade avait vu ses douleurs augmenter et survenir par crises. Ces douleurs étaient devenues si vives qu'elles interdisaient à la malade à peu près tout travail. C'est alors, au début de mars 1897, que la malade entre dans le service de M. Mathieu, qui diagnostique un rein mobile et conseille à la malade d'entrer dans le service de M. Bazy où elle arrive le 26 mars 1897.

Cette femme est très amaigrie; elle se plaint de douleurs presque continues dans l'abdomen, mais surtout dans l'hypocondre et le flanc droits, ainsi que dans la région lombaire du même côté, ces douleurs présentant des exacerbations survenant par crises à l'occasion d'une fatigue. Elle était alors parfois sept à huit heures sans uriner; d'autres fois, la fréquence des mictions était augmentée. Sous l'influence du repos, les douleurs abdominales deviennent moins vives; le décubitus latéral droit produit une sensation de gêne; le décubitus gauche est impossible à cause de la douleur. L'état général est mauvais; l'état neurasthénique est très marqué; la malade ne peut se livrer à aucun travail. L'amaigrissement est considérable, l'appétit est mauvais, les digestions sont lentes et difficiles, la constipation opiniâtre. A l'examen du ventre, on trouve une paroi abdominale un peu relâchée, mais il n'y a pas d'éventration. Toute la région de l'hypogastre, du flanc droit et de la fosse iliaque du même côté, est douloureuse, surtout au niveau de l'ombilic... Par la palpation bi-manuelle, on sent le rein droit augmenter de volume et douloureux. L'urine est limpide, pas d'albuminurie. Rien de génital. En présence de symptômes neurasthéniques aussi accusés, M. Bazy hésite à intervenir, se demandant si ces symptômes sont en rapport vraiment avec la ptose rénale. L'état ne s'améliorant pas, il se décide à intervenir et fait une néphrorraphie, le 17 mai 1897, après avoir tenu tout près de deux mois la malade en observation. A l'opération, on avait trouvé le foie mobile.

Quand la malade sort de l'hôpital, son état est très amélioré; elle souffre beaucoup moins et a repris de l'embonpoint. Le rein est bien fixé. Le foie est toujours mobile; on conseille à la malade de porter une ceinture abdominale. La malade sortie de Tenon le 14 juin 1897 y revient le 22 décembre de la même année. Depuis l'opération, les crises douloureuses, avec urines rares, ont complè-

tement cessé; mais la malade ressent encore de temps à autre des douleurs dans le côté droit. Les accès douloureux qui s'accompagnent de nausées, éclatent soit à l'occasion d'une fatigue, soit surtout au moment des règles.

L'état général est assez bon, la malade a engraissé et a repris ses couleurs ; elle a pu reprendre ses occupations et elle peut manger. En somme, elle est très améliorée. On sent encore le foie qui déborde, mais on n'arrive pas à sentir le rein.

« Cette observation, écrit M. Bazy, ne paraît pas très démonstrative à la lecture, puisqu'en somme, on ne signale que l'amélioration. Mais on peut dire que cette sécheresse de termes ne peut rendre compte de la réalité. L'état de cette malade, au moment où elle est entrée dans mon service, était tel qu'il était absolument impossible de supposer que cette gravité fut en rapport avec une ptose rénale, même compliquée d'hydronéphrose intermittente, et de l'attribuer, malgré l'avis formel et si autorisé de M. Mathieu, au rein mobile. C'est pourquoi j'ai attendu aussi longtemps avant de l'opérer. Le changement profond qui s'est opéré chez cette femme, incapable de faire quoi que ce fût, obligée, même à l'hôpital, de rester au lit pour éviter les souffrances et la fatigue, ne peut être décrit que d'une manière approximative et incomplète. Elle avait engraissé, ses forces étaient revenues, ses joues s'étaient colorées, l'abattement avait disparu et, enfin, elle avait pu reprendre ses occupations. »

« Le cas suivant, dit M. Bazy, est tout à fait démonstratif, quoique récent, au moment où je faisais ce travail. » Dans cette troisième observation, il s'agissait d'une femme de trente-trois ans, entrée le 3 février 1898 dans le service de M. Bazy à l'hôpital Saint-Louis. « C'est à la suite d'une fausse couche faite deux ans auparavant qu'apparaissent des douleurs du côté de l'estomac et du rein droit et une série de troubles digestifs qui vont s'aggravant de plus en plus malgré tous les traitements et l'obligent à venir demander le secours de la chirurgie. Cette femme est très amaigrie, ses traits sont tirés, fatigués, son faciès terreux, de même que toute sa peau; elle est sèche, ridée. Les troubles digestifs sont intenses : inappétence, nausées, vomissements, aigreurs, lourdeurs, renvois, douleurs épigastriques après les repas; la malade dit qu'elle maigrit de plus en plus et qu'elle s'affaiblit. A l'examen, on sent dans le flanc

droit le rein très mobile et très abaissé. Il est absolument *indolent* et peut être facilement réduit.

« On fait la néphropexie le 7 février par le procédé habituel et les suites opératoires sont bonnes. Le résultat thérapeutique paraît nul tout d'abord. La malade ne cesse de se plaindre qu'elle souffre tout autant qu'auparavant; ce n'est que dans les derniers jours de son séjour qu'elle commence à ressentir de l'amélioration. Le 24 avril, la malade revient nous voir. Cinq semaines se sont écoulés depuis sa sortie; elle a engraissé de 3 kilogr. 500. On le voit du reste sur sa figure, qui est plus pleine, qui est colorée. Les forces sont revenues ; quoique les digestions soient encore lentes, elles s'exécutent beaucoup mieux qu'auparavant. La malade est encore revue le 12 mai; elle paraît encore avoir augmenté de poids. En tout cas, elle a meilleur aspect; elle peut se livrer à toutes ses occupations, ce qu'elle ne pouvait plus faire; elle se plaint encore de quelques douleurs d'estomac. Le rein est bien fixé; c'est à peine si l'on sent sa pointe au niveau du bord inférieur des côtes.

« Pas plus ici que dans les premières observations, l'amélioration n'a été immédiate. Elle a cependant été plus prompte dans ce cas que dans les deux autres; mais dans le premier cas, aussi bien que dans le dernier, on peut dire que la guérison est complète. Le peu de temps écoulé depuis l'opération de notre dernière malade ne peut être une raison suffisante pour que nous ne la considérions pas comme guérie; car ayant repris complètement ses occupations, si elle n'eût été que momentanément améliorée, les fatigues auxquelles elle est exposée, auraient amené une aggravation dans les symptômes ou ramené les accidents antérieurs. L'amélioration dans tous ces cas n'a pas suivi immédiatement l'opération; elle peut même venir assez tard après l'opération : cinq à six mois dans le premier cas; après la sortie de l'hôpital dans les deux autres. On ne peut donc invoquer la suggestion ».

Il en est de même dans le *cas suivant* qui est signalé dans la thèse de Malterre, où il s'agit d'une femme qui avait les deux reins et la rate mobiles et qui, souffrant surtout du côté gauche, subit l'opération de la néphropexie gauche et de la splénopexie. Cette femme avait l'aspect d'une cachectique : elle était extrêmement maigre, très affaiblie, ne pouvait depuis cinq ans au moins faire aucune espèce de travail, même son ménage. La paroi abdominale était flasque et on

pouvait affirmer qu'il existait une ptose viscérale complète. « Or, comme elle ne souffrait que du côté gauche je n'ai opéré que de ce côté, laissant le côté droit, où la mobilité et la ptose étaient aussi grandes que du côté gauche. Or, après sa sortie de l'hôpital, qui a eu lieu vingt-quatre jours après son opération, la malade a pu commencer à travailler et aujourd'hui, elle peut se livrer à tous les travaux qu'elle doit accomplir.

« Ce fait prouve d'une manière évidente que la ptose peut n'être rien et que la douleur liée à la ptose peut être le seul élément du dépérissement et de la cachexie. Car, dans ce dernier cas, le rein droit était aussi mobile que le gauche, mais il n'était pas douloureux; les douleurs étaient à gauche, liées à la mobilité de la rate ou à celle du rein, peut-être aux deux. Il a suffi de fixer l'un et l'autre pour faire cesser les douleurs et rétablir la santé de la malade. Il est possible qu'il existe des états analogues liés à une ptose viscérale totale, que la cachexie, le dépérissement doivent être rattachés à cette chute de tous les viscères, sans qu'on puisse attribuer à l'un des viscères une part prépondérante dans l'état pathologique que l'on constate. Cependant, il m'est permis d'affirmer que lorsque l'un des organes ptosés se plaindra plus que l'autre, on est autorisé à penser, qu'avant tout autre traitement, il faut pratiquer la fixation de l'organe qui se plaint ; et si l'on ne peut savoir, en cas de chute de deux organes voisins, rate et rein par exemple, auquel des deux il faut attribuer les douleurs, il sera prudent de les fixer tous les deux, comme je l'ai fait chez cette malade.

« Il est possible que si je m'étais comporté de cette manière chez la malade de M. Mathieu et si je lui avais fixé le foie en même temps que le rein droit, j'aurais eu, au lieu d'une amélioration notable, une quasi-guérison. La malade était néanmoins très satisfaite de son état; on eût pu je crois le rendre parfait. »

Nous citerons maintenant et pour terminer les conclusions que donne M. Bazy. « Le rein ptosé et mobile peut donner lieu à un ensemble de symptômes consistant surtout en des douleurs et en des troubles digestifs tellement sérieux que les cas ainsi visés méritent d'être groupés sous l'appellation caractéristique de *formes graves du rein mobile ;* ils s'accompagnent d'un ensemble symptomatique qu'on pourrait désigner sous le nom de *cachexie néphroptosique*. Cette cachexie est intimement liée à la ptose et

à la mobilité du rein et ne disparaît qu'avec elle. Tous les traitements faits antérieurement pour relever l'état général et combattre les troubles digestifs restent impuissants, tant que le rein n'a pas été fixé. Cette impuissance de la thérapeutique médicale est la preuve de la relation directe qui existe entre l'état général et la mobilité rénale.

« La *fixation* est le premier et souvent le seul traitement à opposer à ces cas. C'est le premier traitement : car les traitements médicaux avant d'avoir pratiqué la néphropexie sont impuissants ; ils deviennent au contraire très actifs après l'opération. C'est quelquefois le seul : car seul, il peut suffire à assurer une guérison complète. Mais, il faut savoir que l'amélioration n'est pas toujours instantanée, elle peut se faire attendre un mois, deux mois et même six mois après l'opération. »

GERMAIN DE SALIGNY (1899)[1], qui s'occupe surtout de technique opératoire et décrit l'opération de Fischer, ne parle pas des indications de la néphropexie, mais il signale seulement des contre-indications. Il insiste sur la diminution de la toxicité urinaire qui contre-indique formellement l'opération.

TUFFIER (1899)[2]. — Nous avons déjà eu l'occasion, à propos des thèses de Le Cuziat, de Duchesne, de Faraggi, de signaler les idées de M. Tuffier sur les indications opératoires du rein mobile ; nous n'y insisterons donc plus. Nous signalerons seulement qu'il nous a paru que, dans cet article, M. Tuffier était peut-être encore moins interventionniste qu'auparavant. « Je considère, dit M. Tuffier, la néphropexie comme rarement indiquée ».

Lorsqu'on se trouve, écrit-il, en présence de complications du rein mobile, il faut évidemment intervenir après avoir laissé passer la période aiguë, mais ces complications sont rares. Quant aux cas où l'on se trouve en présence de douleurs, d'amaigrissement restés rebelles aux moyens non sanglants, le chirurgien se trouvera cependant dans la nécessité d'opérer, et M. Tuffier insiste au point de vue des indications opératoires sur ce fait qu'il faut pour intervenir que les accidents soient bien sous la dépendance du seul déplace-

1. Germain de Saligny. Thèse de Paris, 1899-1900.
2. Tuffier. Art. du *Traité* de Duplay et Reclus, 1899. T. VII, p. 370-386.

ment rénal. « En somme, conclut-il, il faut être réservé au sujet de la néphropexie et je regarde comme bien problématique les résultats définitifs à la suite de ces pexies multiples du foie et des autres viscères. Ces malades ne sont pas justiciables d'opérations. L'utérus tombe ou fléchit; l'estomac se distend; la paroi abdominale se relâche; le périnée est insuffisant; le rectum est prolabé et, suivant les cas où, pour le chirurgien, il y a matière à opérations variées et multiples, c'est à la médecine qu'appartiennent ces cas, et je suis convaincu que la fixation sera de plus en plus l'opération destinée à faire disparaître une mobilité douloureuse du rein et à remédier à l'hydronéphrose intermittente, quand la coudure urétérale sera réductible. J'y ai trouvé les résultats les plus certains et les plus concluants, et les dix-sept opérations que j'ai pratiquées dans ces conditions ont toutes été suivies de la disparition des accidents de rétention rénale. »

ALBARRAN (1899)[1]. — Dans cet article, M. Albarran se montre très partisan de l'opération, même dans le cas où le bandage amène du soulagement. Il conseille de proposer au malade la cure radicale, comme on le fait pour les hernies intestinales. En effet, la néphropexie est une opération bénigne. 374 cas ont donné 7 morts dans les quatre mois, dont 4 seulement sont des morts opératoires, qui, trois fois, ont tenu à des complications infectieuses que peut-être on eût pu éviter. Le rein mobile, pour lui, est une maladie grave, moins pourtant que Lawson-Tait ne le prétend; il peut provoquer des accidents : albuminurie, 14 p. 100 (Schilling), étranglement, hydronéphrose, pyonéphrose, etc.

M. Albarran admet des *contre-indications*. Suivant l'état général ou les symptômes, il observe que si les formes douloureuses guérissent dans 88 p. 100 des cas, les troubles digestifs sont moins souvent améliorés et les cas névropathiques fournissent des cas moins bons avec 50 p. 100 de guérisons, 36 p. 100 d'échecs et 14 p. 100 d'améliorations simples. Dans ces formes névropathiques, l'opération peut même être nuisible, exagérant les symptômes ou créant une névrose (trois cas de Tillmanns, un cas de Stonham); aussi dans ces formes, M. Albarran conseille-t-il de n'opérer qu'après échec du traitement orthopédique; il le conseille d'ailleurs aussi

1. Albarran. Art. du *Traité* de Le Dentu et Delbet, 1899, T. VIII, p. 644.

dans l'entéroptose. Dans les formes douloureuses, au contraire, même après les bons résultats des appareils orthopédiques, il propose la néphropexie. Quant aux complications qui peuvent frapper le rein, il les traite comme pour un rein non mobile.

ROCHET (1900)[1], reconnaît que, par elle-même (1 à 3 p. 100 de mortalité), la néphropexie n'est pas grave; mais ses résultats éloignés sont plus douteux, et il faut être réservé dans les promesses faites aux malades. Il considère qu'il faut traiter chirurgicalement les reins mobiles douloureux, où le traitement orthopédique a échoué pour éviter la neurasthénie et le marasme, ceux avec hydronéphrose intermittente, ceux avec compression grave sur l'intestin et les voies biliaires, ceux qui sont infectés ou dégénérés, sans croire que la bilatéralité soit une contre-indication. Mais il faut se rappeler, qu'après une néphropexie, on peut avoir des résultats infidèles, des récidives fréquentes, la continuation des accidents, même quand le rein est bien fixé, une amélioration simplement temporaire par suggestion opératoire, enfin des échecs avec des parois peu solides. L'intervention peut être urgente dans une crise d'hydronéphrose menaçante, ou nécessaire dans l'hydronéphrose à répétition, ou dans les autres lésions du rein.

BIONDI (1900)[2] publie 13 guérisons complètes et se déclare partisan de la néphropexie pour laquelle il conseille un procédé spécial.

ROSKAM (1901) [3] est loin d'être un partisan de la néphropexie. Il a plus de confiance dans les bandages, dans une bonne hygiène et dans un traitement médical approprié. Il a toujours réussi, en se conformant à cette règle, à soulager ses malades. Il signale cependant la longue durée de ce traitement. Les personnes, dit-il, à qui leur situation sociale ne permettrait pas d'attendre aussi longtemps pour être débarrassées, ou chez lesquelles on craindrait l'installation de troubles graves dans les organes dont le fonctionnement normal est troublé par la mobilité du rein, devront être immédiatement opérées; il doit en être de même, bien entendu,

1. Rochet, cité par Chevalier dans Rapp. au *Congr. d'Urol.* T. V, p. 69.
2. Biondi (de Sienne). *Presse méd.*, 1900, n° 68, p. 117.
3. Roskam. *Ann. Soc. de Méd. et Chir.* Liège, T.XL, p. 151-166.

de tous les malades chez lesquels on peut craindre, à cause des antécédents héréditaires, que des troubles nerveux s'installent définitivement. Seule, la néphrorraphie peut répondre, d'après lui, à ces indications. Il explique ensuite la manière non chirurgicale dont il traite les malades, qu'il s'agisse de la forme dyspeptique ou de la forme nerveuse du rein mobile. Et, à propos de cette dernière forme, il pose une question importante. Peut-on faire chez les neurasthéniques et chez les hystériques la néphropexie quand les indications de cette opération sont évidentes et quand on n'hésiterait pas, par exemple, à opérer si l'on trouvait les mêmes indications chez un malade non hystérique et non neurasthénique?

C'est là, dit-il, une question qui intéresse autant le médecin que le chirurgien, mais à laquelle celui-ci pourra peut-être donner une réponse plus satisfaisante. L'auteur, cependant, croit devoir formuler son opinion. Deux cas peuvent se présenter : ou bien le rein est devenu mobile pendant que la neurasthénie ou l'hystérie évoluait, ou bien il est antérieur à ces maladies. Dans le *premier* cas, il semble que la cause initiale étant autre que la ptose, il y a lieu de faire un traitement d'attente. Il faudra donc s'arranger de façon à éviter que l'irritation, l'excitabilité, produites par ce nouveau facteur ne viennent s'ajouter à l'irritation existante. On soutiendra donc le rein le mieux possible et, si cela peut se faire, on prescrira une cure de repos avec massage et électricité. Dans le *deuxième* cas, il ne faut pas hésiter à faire appel au chirurgien. Et l'auteur base cette opinion sur les considérations suivantes : 1° chez les personnes atteintes de neurasthénie ou d'hystérie, il faut, en général, éloigner toutes causes capables de déterminer une irritation vive et continue et, en particulier, si possible, la cause productrice de ces maladies nerveuses. Le choix entre l'irritation momentanée d'une néphropexie et l'irritation continuelle et agaçante d'un rein mobile, n'est pas douteux. 2° Tout rein mobile douloureux, capable de produire des réflexes, provoque dans les voies digestives, des troubles avec production de toxines. L'action de ces toxines est reconnue fatale aux neurasthéniques et aux hystériques.

Il faut donc proposer l'opération sans hésitation, même dans le premier cas, c'est-à-dire quand la ptose du rein s'est faite en pleine évolution de neurasthénie et d'hystérie ; si, par le repos d'une

certaine durée, on n'obtient rien, il faut faire disparaître la cause irritante par l'opération.

ROERSCH (1901)[1]. — La néphropexie est, d'après l'auteur, une des opérations les plus bénignes de la chirurgie. Au point de vue mécanique, on peut dire qu'un rein qui est fixé avec tout le soin, avec tous les perfectionnements que comporte la technique moderne, reste presque certainement et définitivement en place. Même dans les cas mauvais, chez des personnes très maigres, atteintes de rein flottant, les récidives sont rares. Elles ne sont guère plus nombreuses, d'après lui, que dans les cures radicales de hernie, et il est évident qu'il n'est personne qui déconseillerait l'opération d'une hernie en se basant sur la possibilité d'une récidive.

Mais bonne fixation n'est pas synonyme de guérison, et certains symptômes échappent parfois à l'intervention, quelle que soit la perfection du résultat opératoire. C'est pourquoi il convient de délimiter les indications de la néphropexie. Certains reins mobiles ne déterminent aucun trouble. Ils échappent évidemment à tout autre traitement que le port d'une ceinture dont le rôle sera préventif. S'il existe des symptômes imputables au rein mobile, il faut avant tout, essayer le traitement orthopédique; le port d'un appareil convenable peut parer à tous les accidents et il constituera souvent le meilleur moyen d'évaluer la part qui revient au déplacement du rein dans l'appréciation des phénomènes observés. On pourra y joindre une médication accessoire, telle que le massage, une cure de suralimentation et de repos, toutes les méthodes, en un mot, dont a parlé M. Roskam. On s'en contentera si le déplacement rénal ne fait qu'accompagner l'entéroptose; mais si le rein mobile est seul en cause, alors même que la ceinture supprime tous les accidents, après qu'on aura mis en œuvre les autres moyens orthopédiques ou, d'emblée, si l'on juge ceux-ci inutiles, on est en droit de proposer au malade une intervention. On peut, en tout cas, lui laisser le choix entre le port continu d'un bandage gênant et une opération radicale, en se basant d'un côté sur l'innocuité, sur le succès pour ainsi dire certain de celle-ci, et d'un autre côté, sur les dangers pos-

1. Roersch. *Ann. Soc. de Méd. et Chir.* Liège, T. XL, p. 167-178.

sibles de l'affection. Ces dangers, en ce qui concerne le rein, ne sont pas discutables.

Il faut évidemment tenir compte des conditions d'âge, de sexe, de la nature des symptômes, etc. On se décidera certes plus vite à l'opération s'il s'agit d'une jeune fille, ou si les phénomènes observés intéressent plus particulièrement le rein. Mais souvent l'appareil est inefficace, même quand il réunit toutes les conditions de bonne application et de bonne exécution. C'est alors surtout qu'il faudra discuter l'opportunité d'une intervention, en tenant compte évidemment des contre-indications qui pourraient être tirées de l'état général et en se basant sur une saine interprétation des symptômes. S'il y a des accidents du côté du rein : crises d'étranglement, albuminurie, affections inflammatoires, l'opération s'impose : ces accidents étant presque toujours d'ordre mécanique, seront en général guéris; disons en passant que toute affection survenant dans un rein mobile doit être traitée et opérée comme si l'organe n'était pas déplacé; l'opération se terminera toujours par la néphropexie.

Les douleurs sont aussi, dans la très grande majorité des cas, très favorablement influencées. Il en est de même des troubles digestifs d'ordre mécanique ou réflexe. Ceux qui sont sous la dépendance de l'entéroptose, persisteront souvent; le port d'une ceinture est alors le complément indispensable de la néphropexie.

Les phénomènes nerveux sont ceux qui retirent le moins de profit d'une néphrorraphie, et il cite la statistique de M. Albarran. C'est dans ces cas surtout qu'il convient de bien étudier la filiation des symptômes. Il est évident qu'un malade qui était neurasthénique avant l'apparition de la mobilité rénale le sera après l'opération tout comme il l'était avant. On ne songera à entreprendre celle-ci que si l'on considère que d'autres symptômes du rein mobile sont suffisamment accentués pour influencer défavorablement à leur tour l'état nerveux. La néphropexie n'est alors que le premier acte, l'acte préliminaire d'une cure, dirigée contre la neurasthénie qui, sans lui, serait inopérante.

Quand le déplacement du rein a précédé l'apparition des phénomènes nerveux, si l'on admet l'interprétation pathogénique proposée par Albarran, si l'on considère ces phénomènes comme relevant de l'hystéro-traumatisme ou de la neurasthénie traumatique

de causes internes, on comprendra que la lésion causale étant guérie, les phénomènes puissent s'amender ou disparaître, ou que la névrose continue à évoluer. Elle peut même s'aggraver, l'opération étant un nouveau traumatisme venant s'ajouter au précédent; et, en fait, les accidents nerveux peuvent revêtir, sous son influence, un caractère de réelle gravité. Il faut donc, en cas de troubles nerveux accentués, se montrer prudent. Mais l'auteur ne pense pas qu'il faille toujours rejeter l'opération sous prétexte qu'elle peut être inutile, voire même nuisible; il pense, au contraire, qu'il est des cas qu'il faut opérer, même tout en sachant le résultat aléatoire. C'est affaire de tact, de jugement et d'expérience, de les discerner.

Enfin, on sera parfois poussé à opérer pour arriver à guérir une affection concomitante ou consécutive au rein mobile et entretenue par lui, telle qu'une colite; ou bien l'on devra, pour arriver à un résultat complet, combiner la néphrorraphie à une autre intervention s'adressant à des calculs biliaires, à une appendicite chronique, à une ovarite, etc.

En **1901**, l'**Association française d'Urologie**[1] mit à l'ordre du jour la question des indications opératoires du rein mobile. C'était là pour nous un document des plus intéressants. Aussi avons-nous résumé les rapports de MM. Guillet et Chevalier ainsi que toute la discussion qui a suivi.

Rapport de GUILLET. — Après avoir étudié la pathogénie du rein mobile, l'auteur conclut : de ces notions acquises sur la pathogénie du rein mobile, il n'est pas possible de tirer des conclusions précises pour la thérapeutique de cette affection, et c'est au cortège symptomatique que devra s'adresser le clinicien pour prendre une décision. Or, à cet égard, les reins mobiles peuvent être ramenés à trois catégories : 1° ceux qui ne donnent lieu à aucun trouble fonctionnel; 2° ceux qui sont le siège d'une altération plus ou moins grave, telle que néoplasme, hydronéphrose, pyélonéphrite, etc.; 3° ceux qui s'accompagnent de douleurs ou de troubles digestifs.

1. *Association française d'Urologie*, 1901, 5e session, p. 6 à 203.

De l'avis de Guillet, il faut : 1° ne pas opérer les premiers; 2° opérer les seconds, en appropriant l'opération aux diverses circonstances; 3° recourir à la néphrorraphie pour les reins mobiles douloureux et pour ceux qui donnent lieu à des troubles digestifs, quand il est bien démontré que les douleurs et les troubles digestifs sont dûs au déplacement du rein. Dans ces derniers cas, on pourra d'ailleurs, avant d'opérer, essayer la ceinture.

Rapport de CHEVALIER. — L'auteur étudie successivement les indications opératoires suivant les formes du rein mobile, les indications opératoires dans l'hydronéphrose du rein mobile, puis les contre-indications.

INDICATIONS OPÉRATOIRES SUIVANT LES FORMES DU REIN MOBILE. — Le rein mobile est souvent silencieux, mais, dans un grand nombre de cas, il s'accuse par trois ordres principaux de symptômes : douleurs, troubles névropathiques, troubles dyspeptiques, associés souvent, mais avec des prédominances qui peuvent légitimer le classement en trois formes. Le rein mobile est *simple* quand ses accidents sont presque exclusivement rénaux; il est à peu près justiciable d'un traitement opératoire. Il est dit *compliqué* quand d'autres organes sont atteints (entéroptose, splanchnoptose), et dans ce cas, n'est pas opéré d'ordinaire.

1° *Forme dyspeptique* du rein mobile. — Les troubles digestifs sont : a) *mécaniques* (rares) : obstruction intestinale, ictère, lithiase biliaire et dus à la compression exercée par le rein : ils indiquent l'opération; b) *nerveux* (très fréquents) : dyspepsie atonique, dilatation de l'estomac, constipation; c) dûs à l'*entéroptose* : c'est alors le tableau de l'entéroptose d'où, semble-t-il, tout traitement chirurgical doit être écarté. Pourtant il est des cas (M. Bazy) où la néphroptose jouant un rôle essentiel dans la genèse de cette cachexie néphroptosique, l'opération est utile.

D'une manière générale, la forme dyspeptique du rein mobile donne des résultats opératoires médiocres; avant d'intervenir, il faudra épuiser toute la série des moyens orthopédiques et médicaux, qu'on devra d'ailleurs encore employer après l'opération.

2° *Forme neurasthénique* du rein mobile. — Dans cette forme, la plus mauvaise au point de vue opératoire, la néphropexie donne près de la moitié d'insuccès. Il s'agit d'une nerveuse chez laquelle

il sera bon d'explorer l'appareil génital pour ne pas donner au rein ce qui appartient à l'utérus, ou bien il s'agit d'une neurasthénique ou d'une hystérique. Le rôle de la néphroptose peut être important (Potain et Bychoffski, Albarran) et pourtant être méconnu. Les troubles nerveux sont, ou bien antérieurs à la néphroptose et aggravés par elle, ou bien secondaires et aggravés par elle. Les résultats opératoires sont aussi incertains que dans l'hystéro-traumatisme; ils sont parfois nuisibles; malgré les bons résultats observés quelquefois, il sera bon d'opérer seulement après que les autres moyens orthopédiques et médicaux auront échoué. Il faudra encore faire des réserves expresses sur les résultats possibles de l'opération.

3° *Forme douloureuse* du rein mobile. — La forme douloureuse est la plus satisfaisante au point de vue opératoire. Variant depuis une simple gêne jusqu'aux accès de l'étranglement rénal et de l'hydronéphrose intermittente, la douleur est due en majeure partie à une crise de rétention. La néphropexie y donne 80 p. 100 de guérisons. Il faut faire le diagnostic avec toutes les autres causes de névralgie du rein, des organes voisins, de l'état général, reconnaître l'influence de la fatigue, de la marche, du repos, de la réduction du rein. Les moyens les plus simples réussissent aussi contre cette forme : le massage et surtout le traitement orthopédique. Tout le monde s'accorde pour conseiller de s'en tenir au traitement orthopédique et de réserver la néphropexie aux échecs de ce traitement. Albarran va plus loin et donne au malade le choix entre l'opération et le port à vie d'une ceinture; il fait comme pour la cure radicale des hernies.

La néphropexie n'est pas grave; la mortalité est tombée à 3 p. 100 et même à 1 p. 100. Mais le rein mobile est-il grave? Schilling a trouvé, il est vrai, 14 p. 100 d'albuminurie; l'hématurie a été observée, elle est rare; le rein mobile n'est grave que par ses complications d'étranglement ou d'hydronéphrose; ce sera donc l'apparition et surtout la réapparition de ces accidents qui imposeront l'opération. Faute de ces indications, il nous semble préférable de n'opérer que les cas où l'orthopédie a échoué.

4° Reins mobiles avec *complications* portant sur le rein lui-même. — L'hématurie se guérit par la néphropexie (Guyon, Neumann, Israël, Albarran, Pasteau). Les tumeurs, la lithiase, etc., sont trai-

tées comme s'il ne s'agissait pas de rein mobile. La pyonéphrose donne des indications qui se rapprochent de celles de l'hydronéphrose et, d'une façon générale, comporte ici les opérations conservatrices.

L'auteur étudie alors, dans un chapitre spécial, les indications opératoires dans l'hydronéphrose du rein mobile. A ce propos, il déclare que, sauf urgence absolue (anurie), il vaut mieux opérer à froid en dehors des crises. L'opération de choix, dit-il, est soit la simple néphropexie, soit la néphrotomie avec néphropexie. Quand à l'état de l'uretère, il comportera, suivant les cas, toute une série d'opérations conservatrices que l'auteur énumère et sur lesquelles nous ne voulons pas insister ici.

Le rapporteur étudie ensuite les *contre-indications* aux opérations pour reins mobiles. Ces contre-indications sont les mêmes que pour toute grande opération. L'albuminurie n'est pas toujours une contre-indication, car Menge (de Leipzig) a publié des cas d'albuminurie transitoire due aux manœuvres d'exploration et disparaissant par le repos. L'état cachectique n'est pas une contre-indication absolue (observations de Bazy), ni l'état nerveux (cas de Smith) ; mais d'une façon générale, les formes dyspeptique, neurasthénique, peuvent être considérées comme une contre-indication.

Les conclusions, du rapporteur, au point de vue des indications opératoires, sont que ces indications, exceptionnelles dans les formes dyspeptique et neurasthénique, sont plus nettes dans la forme douloureuse que l'on opérera si le traitement orthopédique a échoué. Par contre, il conviendra d'opérer de bonne heure les formes accompagnées d'hydronéphrose intermittente pour éviter de faire une longue opération autoplastique.

Discussion

M. DELAGÉNIÈRE (du Mans) parlant du traitement du rein mobile, déclare qu'il est incontestable que les reins mobiles non douloureux, et c'est ce que l'on observe dans l'immense majorité des cas, ne doivent pas être opérés. Il ne pense pas qu'il y ait lieu de traiter ces cas par des ceintures appropriées. Si le rein mobile n'est pas douloureux, il vaut mieux, d'après lui, ne pas entraver

l'activité physique de la malade par le port d'un appareil toujours un peu gênant. Si le rein est douloureux, la ceinture sera peu efficace. Enfin, dans les deux cas, un effort, comme pour la hernie, peut faire glisser le rein au-dessous de la pelote qui alors devient par ce fait un agent de déplacement, en s'opposant, par la pression même qu'elle exerce, au retour du rein dans sa loge.

Pour lui, tout rein douloureux doit être opéré s'il détermine des troubles gastriques, en général caractérisés par la lenteur des digestions; les résultats thérapeutiques seront le plus souvent, excellents. S'il y a de la neurasthénie, cet état est lié souvent à une ptose ou à d'autres lésions concomitantes. La néphrorraphie ne guérira que si elle a été suivie d'autres interventions complémentaires. L'auteur dit qu'il a toujours employé le procédé de suture en échelons de Guyon, en ayant soin de réunir par une suture distincte les parties molles quelconques qu'il trouvait au-dessous du rein replacé. Le rein lui-même était fixé aussi haut que possible.

En neuf ans, M. Delagénière a fait 23 néphrorraphies : 19 chez des ptosiques, 4 chez des malades ne présentant pas traces de dystrophies quelconques. Ses résultats ont été les suivants : 1 mort par pneumonie chez une tuberculeuse; 2 insuccès : l'un immédiat, l'autre ultérieur, consécutifs à un avortement survenu quelques mois après; 20 succès opératoires où le rein est resté fixé, avec 16 succès thérapeutiques complets et 4 insuccès thérapeutiques; dans ces derniers cas, les malades, ptosiques, n'avaient pas été complètement soulagés, mais seulement améliorés. D'autre part, dans les 16 premiers cas, l'auteur avait dû faire une seconde opération (deux ovariotomies, une colpo-périnéorraphie) pour obtenir un bon résultat.

M. HAMONIC (de Paris) apporte l'observation d'un sujet âgé de 38 ans, extrêmement neurasthénique, chez lequel, à la suite d'un amaigrissement provoqué par une entéro-colite, le rein se déplaça dans le sens horizontal. La conséquence fut une douleur atroce gastralgiforme, survenant par crise chaque fois que le sujet se couchait sur son côté gauche. Lors de ces périodes, le malade vomissait, avait des sueurs froides et était pris de syncopes; il lui suffisait de se coucher sur son côté droit pour voir la crise disparaître comme par enchantement. Quand il se levait, la douleur diminuait, mais

d'une façon moins rapide que dans le cas précédent. Au moment des accès gastralgiformes, la palpation permettait de constater l'existence sur la ligne médiane, à cheval sur la colonne vertébrale, et au-dessous de l'appendice xyphoïde, d'une tumeur dure, allongée, du volume d'un œuf. On eût dit un néoplasme de l'estomac. C'était simplement le rein déplacé qu'une légère pression suffisait à renvoyer dans sa loge. Cette manœuvre calmait aussitôt la souffrance. Il est probable, dit l'auteur, que la crise douloureuse était due à la compression du plexus solaire par l'organe déplacé.

M. Hamonic pratiqua la néphropexie qui était la seule ressource qu'on put opposer à l'affection. En effet, la sangle qui au début avait soulagé le malade, tant que le déplacement avait été exclusivement vertical, était devenue complètement inutile lorsque le rein s'était porté derrière l'estomac. A la suite de cette opération, faite à l'aide du procédé propre à l'auteur, le malade est guéri complètement et, depuis bientôt un an, sa santé reste parfaite.

M. POUSSON (de Bordeaux) n'a opéré que 16 malades atteintes de rein mobile, et cependant il en a vu un très grand nombre. Il n'est intervenu, en effet, que sur les sujets dont les symptômes paraissaient en relation directe avec la néphroptose; c'est là un point de diagnostic pathogénique capital, au point de vue de l'indication opératoire et, particulièrement délicat en dehors des cas où il existe des altérations anatomiques et fonctionnelles du rein, encore que dans ces cas mêmes, la guérison ne soit pas toujours obtenue après la néphropexie, car, chez certaines prédisposées, le déplacement du rein crée un état névropathique qui persiste après la simple réintégration de l'organe dans sa loge, et s'aggrave même.

Des 16 malades opérées par M. Pousson, 8 présentaient la forme douloureuse, 4 la forme dyspeptique, 2 la forme neurasthénique; 1 était atteinte de crises d'hydronéphrose intermittente, 1 enfin avait des hématuries profuses toutes les fois qu'elle se tenait debout pendant quelques heures. Aucune de ses opérées n'a succombé à l'opération, mais deux ayant eu le rein infecté, durent subir ultérieurement la néphrectomie. Chez l'une de ces malades, atteinte de cystite au moment de l'intervention, l'infection fut d'origine ascendante; chez l'autre, l'infection se fit directement par la plaie. Il s'agissait, dans ce dernier cas, d'un rein déplacé donnant lieu à des

hématuries profuses. L'ayant incisé pour se rendre compte de la cause de ce saignement, on trouva au niveau de l'embouchure de l'uretère dans le bassinet, une petite valvule qui l'oblitérait en partie et qu'on incisa. Le rein ayant abondamment saigné, fut tamponné et ce tamponnement devint le point de départ de l'infection. Les 14 autres néphropexies ne furent suivies d'aucune complication opératoire. Ainsi, cette nouvelle statistique s'ajoute à celles déjà produites pour proclamer le peu de gravité de l'intervention dans la néphroptose. Quant au résultat thérapeutique, 9 malades seulement ont été suivies assez longtemps pour l'apprécier. Les 4 malades atteintes de la forme douloureuse ont guéri complètement et alors qu'avant la néphropexie, elles ne pouvaient se livrer à aucun travail professionnel, elles ont repris aujourd'hui leurs occupations habituelles. Et pour préciser le bénéfice que les opérées de cette première série ont retiré de l'opération, M. Pousson cite le cas d'une jeune femme de 26 ans, nourrice sèche, qui avait été obligée de renoncer à se placer, car non seulement il lui était impossible de porter un enfant, mais encore la simple promenade et la station debout déterminaient dans la région du rein déplacé, des douleurs intolérables. Depuis trois ans que le rein est fixé, elle n'a plus éprouvé aucune douleur, bien qu'elle ait repris son métier de bonne d'enfant. Et M. Pousson cite encore une infirmière de la maternité de l'hôpital Saint-André de Bordeaux qui, après avoir subi sans aucun résultat, une première néphropexie en échelons, sans suspension du rein à la dernière côte, fut opérée à nouveau, et cette fois par M. Pousson, il y a deux ans. Actuellement elle a repris son service pourtant très fatigant et n'éprouve ni gêne ni souffrance.

Les trois malades atteintes de la forme dyspeptique, que l'auteur a pu suivre depuis l'opération, ont guéri de leurs douleurs rénales, et, de plus les troubles qu'elles éprouvaient du côté du tube digestif, se sont incontestablement amendés, à la suite d'un traitement approprié demeuré auparavant sans effet.

Des deux malades présentant la forme névropathique, l'une n'a pas vu son état se modifier après la fixation de son rein ; l'autre a guéri, mais après avoir présenté des accidents de psychose post-opératoire pour lesquels elle dut être soignée dans une maison de santé pendant plus de quatre mois.

Enfin, la dernière malade de M. Pousson offrait le tableau clinique type de l'hydronéphrose intermittente; opérée depuis plus de dix ans, cette personne est demeurée absolument guérie. N'ayant pas une confiance suffisante dans l'emploi du catgut pour maintenir la fixation, car il a été obligé de réopérer une malade chez laquelle on n'avait employé que des fils résorbables, M. Pousson suspend toujours le rein à la dernière côte par une soie plate et se sert, pour les autres points, de catgut. Etant donné les insuccès fréquents de la simple néphropexie dans les formes dyspeptique et névropathique, l'auteur se demande s'il ne conviendrait pas, au cours de l'opération, dans laquelle l'attention doit toujours se porter sur le pédicule du rein, afin de vérifier le mode d'abouchement de l'uretère et du bassinet et l'état des vaisseaux, de profiter de ce temps opératoire pour élonger les nerfs du plexus rénal et agir à distance sur le plexus solaire. Les excellents résultats que M. Jaboulay a obtenus dans les grandes névralgies pelviennes et autres syndromes douloureux des viscères abdominaux et même des membres par une intervention sur les fibres sensitives du grand sympathique, ouvrent une voie nouvelle à la thérapeutique de l'ectopie rénale compliquée.

M. DURET (de Lille). — A propos des résultats éloignés de la néphropexie, M. Duret rapporte des faits très intéressants; s'il n'a pratiqué qu'un petit nombre de sutures du rein, — une douzaine, environ, — c'est qu'il a choisi les cas : néphroptoses complètes, l'organe pouvant être circonscrit par le palper, avec ou sans hydronéphrose intermittente. Il n'intervient pas dans les entéroptoses généralisées, suivant les descriptions de Glénard. Dans les quelques cas qu'il rapporte, les malades ont été revus, 3, 5, 7 et 12 ans après l'intervention. La fixation du rein a persisté et les résultats ont été complets au point de vue fonctionnel. Il tire cette conclusion, que les néphropexies bien faites (il cite son procédé) ont des effets absolument durables.

M. TÉDENAT (de Montpellier). — Beaucoup de cas de rein mobile évoluent sans symptômes rénaux et même sans aucun symptôme. Bien des douleurs attribuées à des névralgies, bien des malaises abdominaux sont dûs à la néphroptose et guéris par la ceinture ou

la néphrorraphie. Les symptômes rénaux sont sous la dépendance de tiraillements, d'états congestifs, de flexions urétérales suivies d'hydronéphrose aiguë et passagère. Sans accidents rénaux, on observe des troubles de dyspepsie, des phénomènes neurasthéniques. Ces derniers peuvent dépendre de la ptose rénale et être supprimés soit par une bonne ceinture, soit par la néphropexie. Souvent aussi, ils sont sous l'influence de l'état neuro-arthritique et persistent, malgré le traitement appliqué à la ptose rénale et à l'entéroptose ordinairement coexistantes.

Comme traitement, M. Tédenat croit qu'il faut commencer par appliquer la sangle de Glénard. Elle agit aussi bien que les ceintures à pelote et est aussi bien supportée. Il lui doit de nombreux succès. La néphrorraphie doit être pratiquée quand la sangle n'a pas réussi à soulager les malades et qu'il n'y a pas un degré trop accentué de ptose gastro-intestinale. Elle s'impose dans presque tous les cas où la flexion néphro-urétérale a déterminé des crises de rétention urinaire, de stase sanguine avec ou sans néphrorragie. C'est une opération bénigne. L'auteur l'a faite neuf fois pour le rein droit, trois fois pour le rein gauche. Sur les trois opérés du côté gauche, deux fois il s'agissait de malades à rein abaissé par des adhérences néphro-coliques; ils ont guéri; l'un d'eux avait eu plusieurs hématuries qui ne se reproduisirent plus après l'opération. Sur les 9 opérés pour néphroptose droite, 7 malades eurent une guérison parfaite, 2 ont continué à souffrir d'accidents neurasthéniques et ont éprouvé un soulagement médiocre.

M. CARLIER (de Lille), quoique ayant observé un grand nombre de reins mobiles, n'a pratiqué que 8 néphropexies. Il ne croit pas que le rein mobile soit un stigmate de dégénérescence, car on ne comprendrait pas, dit-il, que cette maladie frappât presque uniquement le sexe féminin, et qu'on ne trouvât pas parmi tant de malades atteintes, d'autres signes de dégénérescence. Pour lui, l'influence de la menstruation est indubitable; aussi rencontre-t-on le rein mobile, surtout à l'époque de l'activité génitale. Si l'on n'observe guère le rein mobile chez les vieilles femmes, c'est que chez elles, la menstruation n'influence plus le rein mobile.

Les malades opérés appartenaient tous au sexe féminin. L'auteur a toujours eu recours au procédé en échelons du professeur Guyon.

Il s'est servi de très gros catguts, dont l'un, le supérieur est noué autour de la douzième côte. Dans ses trois dernières opérations, il a enlevé un lambeau de la capsule propre du rein, et il a terminé l'opération en utilisant la capsule adipeuse, comme le fait M. Bazy, c'est-à-dire en la tassant au moyen d'un catgut qu'il fixait ensuite le plus haut possible. Ses malades ayant bénéficié de l'opération, M. Carlier s'est toujours imposé comme ligne de conduite de proposer la néphropexie aux malades atteints de rein mobile, lorsqu'ils ont présenté des crises d'étranglement rénal ou d'hydronéphrose intermittente ou de lithiase rénale.

M. HERESCO (de Bucarest) rapporte qu'il a opéré une femme de 54 ans qui souffrait depuis cinq ou six ans de douleurs rénales. Ces crises étaient de plus en plus fréquentes et cette femme ne pouvait pour ainsi dire plus marcher. Ses urines étaient limpides malgré la fréquence des mictions. Au palper, on sentait le pôle inférieur du rein droit. Dans les premiers temps, cette femme ne quittait plus le lit où elle restait étendue, sur le côté droit, souffrant horriblement et réclamant à tout prix une opération. M. Héresco a fait une néphropexie le 16 avril de cette année. La découverte du rein fut facile. Il y avait une disparition presque complète de la capsule adipeuse. Le bassinet n'était pas distendu. Le rein fut fixé suivant la technique de M. Guyon. Les suites opératoires furent des plus simples. L'auteur insiste sur les faits suivants : *a*) les douleurs ont disparu aussitôt l'intervention ; *b*) l'absence de distension du bassinet permet de penser que les douleurs intenses accusées par la malade étaient dues aux tractions exercées sur le plexus nerveux du pédicule rénal; *c*) l'âge avancé de la malade, 54 ans, est une condition rare de la néphroptose. Mais on doit citer, pour expliquer cette condition rare, le grand nombre d'accouchements que cette femme avait présentés.

M. LEGUEU considère le rein mobile comme la manifestation locale et souvent exclusive d'une maladie générale, portant sur l'ensemble des tissus fibreux, musculaires et nerveux. Celle-ci est souvent congénitale en ce sens que l'individu apporte en naissant la prédisposition morbide. La prédominance si marquée dans le sexe féminin doit être cherchée dans des raisons spéciales à ce

sexe, parmi lesquelles, la grossesse, la menstruation avec ses congestions périodiques, nous paraissent jouer le rôle le plus important. L'auteur opère peu de reins mobiles, parce qu'il considère comme concomitants et non comme secondaires ces phénomènes neurasthéniques ou dyspeptiques qui accompagnent souvent le rein mobile. Mais il n'est pas douteux que le rein mobile agit sur ces symptômes dans quelques cas pour les aggraver. De là vient la différence des résultats obtenus : telle malade est absolument améliorée, alors que d'autres ne retirent de l'opération qu'un bénéfice illusoire.

M. Legueu opère les reins mobiles compliqués; il opère aussi ceux qui sont simplement douloureux; mais il n'opère jamais pour cette seule raison qu'il y a mobilité rénale, ou dyspepsie ou neurasthénie. Quand, au contraire, en même temps que ces symptômes, le rein mobile est douloureux, il a obtenu de l'opération des résultats excellents et, au point de vue nerveux et au point de vue dyspeptique. En toute autre circonstance, il se contente de prescrire une ceinture sans pelote : car dit-il, jamais il n'a vu la pelote maintenir constamment et efficacement un rein mobile.

M. DESNOS. — L'auteur signale un cas de rein mobile qui, à la suite d'une néphropexie, devint tellement douloureux qu'il dut faire par la suite une néphrectomie. L'observation étant intéressante; nous allons la résumer rapidement.

Il s'agissait d'une femme de 25 ans, qui accusait des douleurs extrêmement vives au niveau du rein droit, ces douleurs disparaissant par le repos et le retrait du rein dans sa loge. L'indication à opérer était des plus nettes et M. Desnos lui fit une néphropexie en avril 1899. Les douleurs diminuèrent pendant les trois semaines qu'elle garda le lit; mais elles reparurent après et reparurent peu à peu à un point tel, que huit mois après, elle venait demander qu'on lui enlève son rein. Celui-ci paraissait être devenu très gros et l'auteur crut à un échec de sa néphropexie, à une mobilisation nouvelle et à une coudure de l'uretère produisant l'hydronéphrose. Il se décida donc à intervenir de nouveau et il se dirigea vers la masse volumineuse qu'il avait sentie à travers les téguments et qui n'était autre que le foie abaissé et mobilisé. Le rein, au contraire, était resté solidement fixé dans sa loge. Devant la nature bien net-

tement rénale des douleurs et leur violence, il se décida néanmoins à enlever l'organe. Les suites opératoires furent excellentes et les douleurs disparurent. Il persiste une certaine sensibilité abdominale, mais diffuse et d'un caractère tout différent, ce qu'explique la névropathie de la malade.

M. PAUL DELBET. — Après avoir suivi plusieurs malades, lu la plus grande partie de ce qui a été écrit sur le rein mobile, l'auteur est arrivé à cette conviction que le rein mobile est une affection d'origine presque toujours utérine, et qu'elle est la conséquence d'une infection atténuée. L'idée de voir dans l'utérus le point de départ du rein mobile, n'est pas nouvelle, dit-il. Lanceraux a depuis longtemps défendu cette opinion qui vient d'être reprise récemment par M. Siredey. La théorie de l'infection utérine explique, d'après l'auteur, toutes les manifestations du rein mobile : coexistence de la neurasthénie, de la dilatation de l'estomac, de la gravelle et de l'hydronéphrose intermittente, par le développement de brides inflammatoires autour de l'uretère. Pratiquement, l'auteur est conduit par ces considérations à conseiller l'examen attentif de l'appareil génital de toute femme qui vient consulter pour le rein mobile : existe-t-il des lésions du côté de l'utérus et des annexes, il faut s'adresser d'abord à ces lésions et s'efforcer d'en obtenir la guérison. Les accidents disparaissent souvent spontanément, sous l'influence de cette simple thérapeutique.

M. ALBARRAN. — L'auteur traite des pyélonéphrites dans le rein mobile. M. Albarran a le premier appelé l'attention en 1895 sur cette complication fréquente du rein mobile. Il a pu observer un grand nombre de malades chez qui l'infection rénale évolue sans grand fracas, à peine marquée par son peu d'élévation de température, quelques douleurs et des urines troubles. D'autres fois, (M. Albarran cite quatre observations), la pyélonéphrite aiguë détermine un état général grave avec fièvre à grandes oscillations dépassant 40°. Dans ces cas aigus, il ne faut pas s'empresser d'opérer, parce que la néphrotomie, ne s'adressant pas à une collection de pus, mais bien à un rein malade dans tout son parenchyme, ne donne pas beaucoup de chances de succès. L'opération hâtive ne permettra, en outre pas de s'inquiéter des lésions urétérales qui

existent souvent. Le mieux est d'instituer un traitement médical (sérum, diurétiques, révulsif) qui réussit fort bien chez les quatre malades traités et qui permit d'attendre la cessation de la crise. Lorsque depuis vingt ou trente jours la fièvre a disparu, on préviendra le retour de nouvelles crises en pratiquant la néphrorraphie ; l'opération ainsi faite est simple et donne d'excellents résultats.

M. LANDAU (de Berlin). — M. Landau est un adversaire décidé de la néphropexie. Pour lui, il faut surtout considérer les maladies et les états morbides produisant le rein mobile. Le traitement habituel consistera en massage, gymnastique, hydrothérapie, électricité, traitement orthopédique. Il conseille de ne pas appliquer sur le rein mobile lui-même des bandages avec pelote à ressort ; il suffit de restreindre la mobilité du rein par des moyens indirects, des ceintures hypogastriques. Pour lui, la néphropexie, qui transforme un rein déplacé mais mobile, en un rein déplacé mais fixe, est généralement inutile et quelquefois nuisible. Elle est seulement admissible, dit-il, lorsqu'il existe des troubles fonctionnels du rein mobile et que la thérapeutique usuelle est insuffisante.

Quant au traitement spécial des hydronéphroses et des pyonéphroses ainsi que de la calculose et de la pyélite, il est le même, que le rein soit mobile ou non. L'auteur parlant des résultats obtenus, et qu'il ne conteste pas, dans certains cas de néphropexie, déclare que ces résultats reposent sur l'influence suggestive qu'on peut observer après toute opération, sur le repos dans le décubitus horizontal, sur les soins donnés au malade et la nourriture abondante qui lui est fournie ; toutes choses qui exercent une influence heureuse sur les phénomènes causant ou accompagnant le rein mobile et qui servent quelquefois au rétablissement du rein même. Si, dit-il, dans de pareils cas l'opération n'est pas nuisible, elle est au moins absolument superflue.

La plupart des néphropexiées ne sont, ajoute-t-il, ni guéries, ni soulagées, même si les reins restent fixés. D'ailleurs le rein ne saurait jamais être remis exactement à sa place normale et, après y avoir été fixé approximativement, il redevient souvent mobile. Dans l'un ou l'autre de ces cas, les douleurs persistent, de nouvelles douleurs s'y ajoutent même, surtout chez les femmes hystériques qui présentent de l'hyperesthésie de la région cicatricielle. Quelques

opérées sont désespérées par les souffrances qu'elles éprouvent dans la cicatrice. Cette hyperesthésie peut acquérir une telle acuité qu'elle rend la vie insupportable. Il a gardé, dit-il, le souvenir vivant de deux opérées de cette sorte dont l'une tenta de se suicider après une néphropexie bilatérale et dont l'autre se noya pour le même motif.

M. FRANTZ GLENARD (de Vichy). — Pour lui, le rein mobile n'est qu'un cas particulier de l'entéroptose. C'est une affection digestive et la thérapeutique doit comprendre quatre agents fondamentaux : 1° la sangle; 2° les laxatifs quotidiens et en général le sulfate de soude à la dose de 7 grammes; 3° un régime dont la diète carnée est la base; 4° le bicarbonate de soude, et s'il y a des crises paroxystiques, les cures usitées contre la lithiase biliaire.

GOELET (1902)[1] étudie les troubles dus au rein mobile et il signale l'influence nocive de la ptose rénale sur les organes pelviens d'une part et sur le rein lui-même d'autre part. Il n'y a pas, dit-il, de rein mobile au troisième degré sans lésion rénale. C'est pourquoi, toutes les fois où on sentira le pôle supérieur du rein au-dessous de la douzième côte, il faudra fixer sans retard le rein mobile. L'état de cet organe, l'un des plus essentiels à la vie humaine, se trouve être déjà assez mauvais du fait de sa mobilité pour qu'il ne soit pas justifié d'attendre que les malades soient devenus faibles ou que le rein soit devenu malade. En opérant, on épargne aux malades beaucoup de souffrances et c'est là un excellent résultat.

L'auteur fait alors un parallèle entre l'appendicite et le rein mobile. Autrefois, dans le cas d'appendicite, on attendait jusqu'à la dernière extrémité. Or, des milliers de vies ont été sauvées depuis qu'on sait ne plus attendre. Ne commettons pas la même erreur avec le rein. En terminant, il recommande l'examen microscopique de l'urine dans tous les cas de rein mobile, pour déceler la néphrite, que la seule recherche de l'albuminurie ne caractérise pas toujours.

1. Goelet. *Medical Record*, 1902, T. LXI, p. 182.

En **1902**, il y eut à la **Société de Chirurgie de New-York**[1] une discussion sur les indications opératoires de la néphropexie; nous la résumons rapidement.

M. GOELET insiste sur ce fait que l'opération est indiquée quand il y a ptose du rein au troisième degré ou au-delà, c'est-à-dire quand l'organe est entièrement au-dessous du rebord costal. D'après lui, les indications opératoires dépendraient : 1° des symptômes produits par le déplacement de l'organe; 2° de l'influence exercée par le rein mobile sur les organes génitaux de la femme, soit qu'il produise soit qu'il entretienne des maladies de ces organes; 3° des lésions rénales dues au rein mobile lui-même.

M. GALLANT déclare que, même après la fixation du rein par l'opération, les symptômes persistent encore dans la proportion de 95 p. 100 dans les cas rapportés, et que la guérison n'est pas sûre après une telle opération, à moins qu'ensuite on ne fasse grande attention à bien maintenir l'abdomen. L'auteur est partisan d'un corset de son invention qui, d'après lui, donnerait les meilleurs résultats.

M. PARKER SYMS s'occupe des indications opératoires dans le cas de rein mobile chez les neurasthéniques. Les résultats obtenus dans ces cas sont dissemblables, de sorte qu'il y a place pour les opinions les plus différentes au sujet du meilleur parti à prendre. Dans plusieurs cas, l'opération fera plus de mal que de bien. Dans d'autres cas, lorsque l'état nerveux est sous la dépendance du rein flottant, le résultat sera satisfaisant. Enfin, ajoute l'auteur, le résultat serait bien meilleur encore si l'opération était faite à temps. Quand la malade est trop faible et trop nerveuse, il est préférable d'améliorer son état général avant l'opération. Il n'a jamais employé de moyens de contention mécanique, mais les résultats obtenus à l'aide de ces traitements ne sont pas, à son avis, satisfaisants.

1. *Soc. de Chir. de N.-York.*— Compte rendu in *Medical Record*, 25 octobre 1902, p. 676-677.

M. MAX EINHORN signale qu'il a vu un très grand nombre de cas de rein mobile et qu'il a pris soin d'examiner minutieusement les urines; il n'a trouvé que très rarement les reins malades. Plusieurs de ces malades ont été observés pendant un certain nombre d'années et n'ont, à aucun moment présenté trace de lésions rénales. Très souvent, dit-il, le rein mobile n'est qu'une conséquence de l'entéroptose générale; dans 95 p. 100 des cas, il y a gastroptose et dans plusieurs cas le côlon est également ptosé. Dans ces cas, on comprend aisément que le retour du rein à sa place normale ne donne pas de résultats; au contraire, dit l'auteur, cela favorise plutôt la chute des autres organes en augmentant la capacité de l'abdomen. L'indication est, d'après lui, de rendre l'abdomen plus petit et pour cela, le mieux est de s'occuper de soigner la nutrition générale et de conseiller le port d'une ceinture. Même si le rein est mobile au quatrième degré et continuellement déplacé, il ne fera courir aucun risque aux malades, pourvu que ceux-ci soient en bonne santé. Il n'a pas encore rencontré de cas de rein mobile méritant, à son avis, une opération; cela n'empêche pas que ses résultats ont été très satisfaisants. Il ajoute que la littérature signale une mortalité de 2 p. 100 à la suite de la néphropexie et c'est à son avis suffisant pour désirer se passer de cette opération.

M. GIBBONS pense que le rein mobile doit être promptement fixé par l'opération si l'on veut prévenir certaines complications désastreuses, comme le mal de Bright, la lithiase rénale et la dégénérescence maligne. A propos de la méthode du corset, il rappelle qu'il y a environ cinquante ans, c'est un chirurgien américain qui a imaginé, pour remédier à la gastroptose, le modèle de corset connu maintenant sous le nom de corset français et qui n'est en somme que le corset recommandé par M. Gallant.

M. GOELET termine la discussion. Il réplique à la critique concernant la mortalité dans la néphropexie, en disant que cette opération était encore à ses débuts. Il a pour sa part fait 139 néphropexies sur 112 malades, et n'en a pas perdu un seul. Il en conclut que la mortalité est nulle. Il ne pense pas qu'en général, l'entéroptose soit associée au rein mobile dans plus de 25 p. 100 des cas. Il signale que dans deux cas, les troubles n'ont pas disparu de suite

après l'opération : dans le premier cas, ils n'ont disparu qu'après six mois; quant à l'autre cas, il n'y a encore que deux semaines d'écoulées depuis l'opération. Il croit, pour sa part, que même dans le cas d'entéroptose concomitante, la néphroptose est le plus important élément pathologique. Aussi, convient-il, dans ces cas, de fixer le rein chirurgicalement et de maintenir les autres organes abdominaux par le port d'un corset ou d'une ceinture.

GOELET (1903)[1] envisage les causes d'échecs de la néphropexie et il les énumère : 1° on tarde trop à opérer. Les malades, quand on les opère, sont trop faibles parce qu'on a trop attendu; 2° la néphrite se développe sur le rein mobile si l'on tarde trop à opérer; 3° la néphroptose provoque la chute d'autres organes abdominaux; 4° on ne prépare pas bien les malades; on ne leur évite pas assez les efforts de vomissements pendant l'anesthésie; 5° on ne libère pas suffisamment le rein d'avec le côlon; 6° on ne laisse pas au rein le temps d'être bien fixé; 7° on fait des sutures qui traversent le parenchyme; 8° le rein est fixé trop bas; il est juste à la taille et se trouve gêné par les vêtements et le corset; 9° on enlève trop tôt les moyens de soutien et notamment la gaze qui tamponne le rein; 10° on fait lever trop tôt les malades, l'auteur indique qu'il ne faut pas le faire avant trois semaines; 11° on ne prend pas soin de mettre une ceinture abdominale aux malades quand ils se lèvent; 12° la remise trop hâtive du corset; 13° on permet trop tôt la reprise des exercices violents; 14° enfin, on néglige de remédier aux troubles de l'appareil digestif ou aux autres troubles que présentent les malades.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (1903)[2]. — L'état actuel des études sur le rein mobile et sur la fixation du rein, écrit M. Lucas-Championnière, est bien fait pour surprendre. Les recherches les plus récentes affirment l'extraordinaire fréquence du rein mobile, et la fixation du rein ne jouit que d'un crédit médiocre. La pratique en est peu commune. Le peu de valeur de l'opération est affirmé par Landau et Glénard. Beaucoup de médecins suivent, qui croient en cette médiocre valeur, et sont pleins de confiance dans un traitement palliatif qui, pourtant, reste assez illusoire.

1. Goelet. *Medical Record*, 24 octobre 1903, p. 674.
2. Lucas-Championnière. *Journal de Méd. et de Chir. prat.* T. LXXIV, p. 807-817.

M. Lucas-Championnière croit que ces erreurs d'appréciation sont fondées sur de véritables confusions de faits, sur de réelles erreurs d'observations. Le rein est un organe mobile dans une certaine mesure. Les exagérations de sa mobilité ne sont pas chose rare, sans que ces mobilités relatives aient une bien grande importance symptomatique et fonctionnelle. Le rein flottant, au contraire, le rein qui abandonne sa loge normale, est une lésion assez rare et ce rein, réellement déplacé, est le seul qui mérite une opération. Encore faut-il bien savoir que si le rein déplacé, très mobile donne lieu à des accidents variés et graves, il y a des reins très mobiles et déplacés qui ne donnent lieu à aucune douleur, à aucun incident fâcheux et qui, par conséquent, ne donnent occasion à aucune intervention opératoire. Il y a bien de quoi jeter un peu de trouble dans l'esprit des médecins qui étudient attentivement ces cas.

Enfin, on a proposé, au lieu d'une intervention simple et efficace, un bon nombre d'opérations insuffisantes et dangereuses, ce qui a pu éloigner de l'intervention. L'auteur pense pour sa part, que peu de questions chirurgicales sont plus nettes que celle-ci.

La symptomatologie des accidents du rein déplacé est très riche et très caractéristique. Les douleurs peuvent être uniquement locales, c'est-à-dire limitées à la région du ventre occupée par le rein mobile. Mais, et M. Lucas-Championnière insiste sur ces faits, ces douleurs sont le plus souvent si bien étendues à tout le ventre que le sujet ne sait les localiser et vous trompe involontairement sur le point de départ de ces douleurs. Il y a plus, ces douleurs peuvent être irradiées au loin; tel sujet qui se plaint modérément du ventre, accuse dans l'épaule droite une douleur telle que son membre supérieur est tout-à-fait impotent; tel autre souffre bien un peu dans le ventre mais il a une douleur telle à la racine de la cuisse, qu'il ne peut marcher sans boiter. Les sujets ont souvent quelque peine à localiser les douleurs spontanées dans la région du rein, tellement qu'ils disent vaguement souffrir *dans les reins*, mais il est possible de retrouver, en les provoquant, les douleurs du rein déplacé. A la palpation, le rein peut être parfaitement indolore; néanmoins, d'autres fois, il est d'une sensibilité extrême. Quoi qu'il en soit de ces douleurs, de leur caractère et de leurs irradiations, on les voit le plus souvent disparaître à la suite d'une néphrorraphie bien faite.

Mais le rein mobile ne provoque pas que des douleurs : il donne

aussi des troubles digestifs. On rencontre l'anorexie, la douleur pendant la digestion. On trouve surtout les vomissements; ils sont même souvent si répétés qu'ils égarent complètement le diagnostic. Douleurs et vomissements combinés avaient fait dire coliques hépatiques; des années se sont passées avec ce diagnostic. Un beau jour, l'opération a remis tout en ordre. L'entéro-colite membraneuse est tellement commune qu'il y a lieu de se demander si elle n'est pas un phénomène obligatoire de ce déplacement. Le Prof[r] Debove a beaucoup insisté sur ce signe. La dénutrition est telle, qu'on constate une véritable cachexie, avec amaigrissement extrême. Là encore l'opération donne des résultats. Enfin, on observe sur la plupart des sujets, des troubles nerveux qui constituent un véritable état neurasthénique. On peut se demander si le sujet est neurasthénique parce qu'il a un rein flottant ou s'il ressent les accidents du rein flottant parce que neurasthénique. Pourtant toujours, l'opération modifie tellement l'état nerveux qu'il est difficile de ne pas admettre que les accidents nerveux ont été engendrés par le déplacement du rein. On ne sait pas bien en général que tous ces symptômes se présentent continus mais aussi à l'état de crise. Il arrive souvent alors que dans l'intervalle les symptômes ne soient pas très accentués. Mais sous l'influence d'une fatigue, d'une émotion violente, de la période menstruelle, on voit survenir des crises d'une violence extrême avec vomissements, menaces de syncope, douleurs intolérables. Ces crises sont la source de nombreuses erreurs de diagnostic. Si l'amaigrissement a été considérable, le sujet voit apparaître une véritable tumeur douloureuse qu'il suit avec la main : c'est le rein mobile.

« On admet comme acquis, dit l'auteur, qu'en certains cas la coudure de l'uretère d'un rein déplacé est l'origine de l'hydronéphrose. L'hydronéphrose serait une suite fatale du déplacement rénal. Cette théorie a été soutenue par Terrier et Baudoin. Malgré toute la vraisemblance, ce mécanisme ne semble pas probable. En pratique on peut affirmer d'abord la fréquence de l'hydronéphrose à gauche, tandis que le rein mobile y est d'une rareté extrême, et surtout ce fait qu'il n'existe pas une seule observation d'hydronéphrose dans laquelle on ait constaté le rein mobile avant d'observer l'hydronéphrose. On a supposé théoriquement et anatomiquement que l'hydronéphrose était engendrée par le rein

mobile. Mais la clinique ne l'a jamais montré. Lorsque les symptômes que nous avons énumérés font soupçonner le rein mobile, il faut le rechercher dans le décubitus dorsal, dans le décubitus latéral, dans la position genu-pectorale au besoin. Je n'insiste pas sur ces manœuvres, je recommande seulement de faire faire des mouvements de flexion du corps et de faire reprendre à plusieurs reprises la station debout, de faire marcher ou de faire faire quelque effort. La mesure de l'étendue du déplacement est un fait capital... S'il n'est pas vraisemblable que le rein mobile mène à l'hydronéphrose, il est habituel qu'il mène à une cachexie nerveuse grave, à des douleurs constantes, à une véritable impotence, étant toujours convenu qu'il ne faut pas confondre le rein dit mobile médical avec le rein flottant. Pourtant les causes d'erreur sont telles qu'il ne faut jamais hésiter, en cas de symptômes abdominaux douloureux mal déterminés, à rechercher le rein flottant.

« Dans le traitement, il y a deux faits des plus importants. Des médecins pensent comme Glénard que la mobilité du rein étant liée à l'entéroptose, une constriction violente du ventre avec une ceinture et des coussins appropriés doit constituer un traitement favorable, alors que les opérations de fixation du rein ont peu de chances de donner un résultat définitif. C'est le contraire qu'il faut admettre, et l'expérience l'a bien démontré. En pratique, j'ai observé seulement un bénéfice médiocre des ceintures trop puissantes. Dans le cas de véritable rein flottant, je les ai vues habituellement mal supportées, tandis que la fixation du rein donne des résultats souvent merveilleux ». En ce qui concerne le traitement palliatif, l'auteur a toujours pensé que la contention ne doit jamais être violente et il conseille au médecin de la faire et de la surveiller lui-même. Il fait prendre une longue bande de huit à dix mètres en tissu très souple. Le crépon analogue à celui dont on se sert pour la bande Velpeau est très précieux pour cela. Une bande de 20 centimètres de hauteur n'est pas trop large. On la place sur le sujet couché, en entourant tout le ventre, directement sur la peau. Puis la bande enserrant bien le ventre, on glisse entre elle et la peau, sous les fausses côtes droites, un gros tampon de coton ou un coussin un peu résistant. La malade est ensuite levée. Ordinairement, le résultat de cette application est un soulagement immédiat. La bande sera remise dans la journée si elle a glissé. Autrement on la

remet en place seulement le lendemain matin. La nuit, elle est ordinairement inutile. Généralement cette simple application soulage immédiatement le sujet. Elle le soulage quelquefois tellement qu'il lui suffit de s'habituer à ce pansement, pour oublier son mal et se considérer comme guéri ». Je ne saurais trop conseiller aux médecins, dit l'auteur, d'essayer de cette manière de faire si simple qu'ils perfectionneront en plaçant eux-mêmes le bandage à plusieurs reprises. En tout cas, ils n'en auront pas les ennuis que donnent les ceintures coûteuses et compliquées que l'on propose d'ordinaire. Si le soulagement n'est que passager, si après quelque fatigue les crises reviennent, le *traitement chirurgical* est seul de mise. Je n'ai jamais eu qu'à me louer, des suites immédiates et à longue échéance de ce traitement. Quarante-trois opérations ne m'ont jamais donné aucun accident. Les troubles du rein mobile ont disparu, même chez des sujets qui, atteints d'autres lésions, corps fibreux, ovarites, ont souffert du ventre sous une autre forme. La solidité de la fixation m'a toujours frappé. J'ai vu, dans un seul cas, un déplacement secondaire sensible chez une femme dont le rein avait déjà été fixé par un autre chirurgien, sans succès. Encore le déplacement était-il peu marqué. Dans tous les autres cas que j'ai pu revoir, j'ai trouvé que le rein avait bien gardé sa place. J'ai revu en 1902 une femme que j'avais opérée en 1888, soit au bout de 14 ans ; l'état était parfait. Au moment de l'opération les douleurs étaient telles qu'elle ne pouvait rien soulever de la main droite. Depuis, elle a toujours travaillé. J'ai revu dans les mêmes conditions, une femme opérée en 1889. J'ai revu en 1902 une femme opérée en 1890, soit après 12 ans ; trois grossesses ; rein bien en place, aucune douleur. Neuf malades retrouvées à très longue échéance m'ont donné des résultats analogues ».

Quant à la douleur et aux symptômes propres au rein mobile, on est frappé par le succès absolu des opérations. Chez les malades c'est une véritable métamorphose. Elle s'accomplit de deux façons. Dans la plupart des cas, la cessation de tout symptôme est immédiate. Chez d'autres sujets qui souffraient depuis de longues années il faut quelquefois plusieurs semaines pour éteindre définitivement toute sensibilité réflexe. « J'ai revu après trois mois une religieuse qui avait tout d'abord accusé une réelle sensibilité en se relevant.

Après ces trois mois écoulés, elle était si vaillante qu'elle avait pu se remettre à une besogne extrêmement fatigante ».

La constance de ces résultats est d'autant plus frappante qu'on a affaire à des sujets d'un nervosisme extraordinaire. « Je pense, dit l'auteur, que si bien des opérateurs en ont observé de différents, c'est que leur technique ne donnait pas une fixation si complète, si absolue ». La constance de ces résultats est telle qu'elle est en contradiction absolue avec la doctrine qui fait considérer les accidents du rein flottant comme liés à l'entéroptose. En effet, aussitôt le rein fixé, malgré l'absence de contention de tous les viscères, tous es accidents disparaissent. Il n'est pas mauvais en pratique de soutenir les ventres. Pourtant dans tous les cas cités ci-dessus, aucun soutien n'avait été fait. « Je donne, dit l'auteur, volontiers le conseil aux opérées de continuer à se serrer un peu le ventre avec des bandes molles (crépon) ou avec la ceinture de croisé de laine. Cela leur donne un peu l'air du soldat qui se bande le ventre. Les ventres mous s'en trouvent bien. Avec la technique si simple dont j'ai exposé les principes, je trouve l'opération si parfaite que je ne saurais trop la conseiller en même temps que je conseille aux praticiens de rechercher le rein mobile, dont les symptômes sont si variés qu'il est bien commun qu'on le méconnaisse pendant de longues années ».

HARTMANN (1904)[1]. — Dans un premier paragraphe M. le Prof[r] Hartmann après avoir décrit sa technique que nous reproduisons plus loin (page 101), écrit à propos des résultats de la néphropexie, que ceux-ci doivent être envisagés au point de vue opératoire et au point de vue curatif. « Au point de vue opératoire, la mortalité est à peu près nulle et la fixation généralement bonne. Au point de vue curatif, les résultats ne sont pas toujours aussi parfaits et les fixations les mieux réussies peuvent ne pas déterminer la cessation des accidents, cela tient à ce que les lésions sont souvent complexes et que les symptômes dont se plaint le malade ne sont pas toujours attribuables au fait seul de l'ectopie rénale.

« Nous verrons plus loin en étudiant les indications thérapeutiques du rein mobile, que nous sommes loin de la formule, rein

1. Hartmann. *Chirurgie des Org. gén.-ur. de l'Homme*. Steinheil, 1904, p. 290-296 et 325-326.

mobile = néphropexie, et qu'il faut faire un choix entre les malades si l'on veut avoir des guérisons réelles. En n'appliquant la néphropexie qu'aux cas où elle est réellement indiquée, on aura des succès, les uns immédiats, les autres à plus longue échéance, l'amélioration nette et définitive ne se produisant quelquefois qu'au bout de semaines ou même de mois, ce que l'on peut expliquer par ce fait que le déplacement rénal avait produit sur les organes voisins des lésions chroniques dont la disparition n'a pu se faire que progressivement. »

Plus loin, M. Hartmann pose ainsi les indications opératoires. « Une première question se pose : Est-il nécessaire de traiter tous les reins mobiles? Etant donné la fréquence avec laquelle on constate la mobilité rénale chez des femmes qui en ignorent complètement l'existence, une opération est, dans le plus grand nombre des cas, inutile. En présence d'une femme nerveuse, dyspeptique, atteinte d'un peu de métrite, d'ovaires douloureux, se plaignant de douleurs abdominales variées et ayant un rein mobile, la néphropexie ne donnera aucun résultat, à moins qu'elle n'agisse, chez ces malades souvent hystériques, par simple suggestion. Nous croyons qu'il y a lieu de s'en tenir aux petits moyens et de chercher à agir surtout sur l'état général ».

« Lorsque avec le rein mobile, on constate une dislocation verticale de l'estomac, une ptose de l'intestin ou du foie, un prolapsus génital, une paroi abdominale flasque, en somme des ptoses viscérales multiples, il y a lieu de s'abstenir de tout traitement opératoire. Ce qui est nécessaire, c'est de suppléer à l'insuffisance de la paroi abdominale, de la soutenir et avec elle les viscères. Faut-il adjoindre à la ceinture une pelote pour maintenir plus spécialement le rein? Nous ne le croyons pas; pour qu'une pelote agisse efficacement, il faut qu'elle déprime très fortement la paroi abdominale, trop fortement pour être supportée. Ainsi le plus souvent les malades portent-ils une pelote relativement peu serrée, sous laquelle le rein file et qui par conséquent, est sans utilité.

« Chaque mouvement, la toux, les efforts dérangent la pelote, qui dès lors constitue un danger, car elle empêche de remonter le rein qui a filé au-dessous. La sangle de Glénard, le port d'un corset de forme appropriée serrant les côtes au-dessous de la dixième, et non au-dessus, rétrécissant ainsi la partie inférieure de la loge rénale

para-vertébrale, qui est chez la femme plus large en bas qu'en haut, contrairement à la disposition qu'elle présente chez l'homme, rendront des services et soulageront bien des malades. Il est inutile de les faire porter la nuit, le rein reprenant spontanément sa place dans le décubitus horizontal.

« Au contraire, chez les malades qui souffrent manifestement de leur rein, qui se plaignent de crises douloureuses accompagnées d'une augmentation de volume du rein et dues à des rétentions rénales intermittentes liées à une coudure de l'origine de l'uretère, il y a lieu de pratiquer sans la moindre hésitation une néphropexie. Dans toutes ces catégories de cas, les indications thérapeutiques nous semblent nettes; il en est d'autres pour lesquelles on peut discuter.

« Nous faisons ici allusion à ces femmes qui en même temps qu'un rein mobile souffrent de troubles digestifs portant principalement sur le fonctionnement de l'intestin. La ptose rénale s'accompagne de troubles intestinaux et quelquefois d'une sensation vertigineuse dès que le rein sort de sa loge. Dans de pareils cas, nous avons vu la néphropexie faire cesser immédiatement les vertiges; les troubles intestinaux ne semblent pas modifiés au premier moment; mais peu à peu, ils s'amendent et disparaissent spontanément au bout de quelques mois. La guérison pour être lente n'en est pas moins complète. »

PICQUÉ (1904) [1]. — « Je laisserai, dit M. Picqué, complètement de côté la forme dyspeptique du rein mobile, surtout étudiée par Glénard, et n'envisagerai dans cette courte étude que la forme neurasthénique et la forme douloureuse, auxquelles je joindrai deux formes dont personne n'a parlé jusqu'ici : le rein mobile chez l'hystérique mais surtout chez l'aliéné. Chevalier en parlant de la forme neurasthénique déclare que c'est la plus mauvaise forme au point de vue des résultats opératoires, mais il cite encore 50 p. 100 de guérisons. Je crois fermement que ce chiffre de résultats favorables ne peut s'expliquer que par ce fait qu'on a englobé dans la neurasthénie une foule d'états qui n'y tiennent que de fort loin.

« Ma pratique des aliénés me permet d'affirmer que les neurasthé-

1. Picqué. *Traité sur la Chir. des Aliénés*, 1904. T. IV, p. CCXXII-CCXXVII.

niques purs, les neurasthéniques du type Beard ne peuvent jamais bénéficier d'une opération dirigée contre une ptose viscérale.

« L'intervention ne peut qu'aggraver leur état. Pour ma part, je me suis toujours abstenu d'intervenir dans ces conditions et je crois, en m'appuyant sur de nombreux faits, que l'opération ne peut qu'aboutir à la psychose post-opératoire, comme le reconnaît d'ailleurs Chevalier pour certains cas. Je crois encore, contrairement à l'opinion d'Albarran acceptée par Guillet dans son rapport, que la neurasthénie ne peut être consécutive au déplacement ou tout au moins qu'elle exige une prédisposition, comme je l'ai démontré dans mon travail sur la neurasthénie post-opératoire ».

M. Picqué cite le cas d'une malade neurasthénique qu'il refusa d'opérer et qui guérit par un traitement psychothérapique patient. « Si j'avais pratiqué chez elle, dit M. Picqué, la fixation du rein on comprend aisément ce qui se serait passé. En outre de la crise aiguë de neurasthénie post-opératoire que mon intervention et le séjour au lit n'auraient pas manqué de provoquer, quel résultat utile aurait pu donner une fixation, puisque le déplacement rénal n'est pas chez un neurasthénique l'origine des douleurs, et la caractéristique de la maladie n'est-elle pas de provoquer des foyers douloureux sans substratum anatomique.

« Quant à la forme douloureuse simple, c'est-à-dire celle qui se produit en dehors de la neurasthénie et de l'hystérie, elle donne pour Chevalier, 88 p. 100 de guérisons. Si je la signale ici, c'est qu'elle conduit à une autre forme qui n'est pas décrite par les auteurs et que j'ai eu l'occasion d'observer dans le cas remarquable d'une malade atteinte d'un état mélancolique et hypocondriaque. Nous nous trouvons alors en face d'un aliéné, le plus souvent libre, c'est-à-dire d'un malade qui jouit de l'existence ordinaire et vient nous consulter directement. Or, chez l'aliéné, en prenant ce terme dans son sens le plus large, les indications opératoires sont délicates à saisir. Depuis de longues années, je m'applique à démontrer dans mes écrits spéciaux, que la chirurgie, chez l'aliéné, constitue une arme à double tranchant qui, tantôt peut guérir le délire, mais parfois l'aggrave : c'est là le côté si délicat et si spécial de cette chirurgie. Le médecin, comme le public, croit volontiers que l'aliéné est un *noli me tangere*, que chez lui, le moindre acte chirurgical doit fatalement entraîner l'aggravation du délire, et parfois

il s'abstient à tort. Tantôt, au contraire, quand l'aliéné est libre, l'état mental est le plus souvent méconnu et parfois l'opération aggrave son état... »

« Quand il s'agit d'une obsession simple, c'est-à-dire d'une idée fixe et parfois pénible qui s'impose à l'esprit malgré la volonté, la chirurgie peut intervenir utilement ; nous avons publié des exemples. Il en est de même quand l'obsession a entraîné une psychose. Quand la psychose est caractérisée par la mélancolie simple, ce qui vient d'être dit lui est applicable. Mais parfois, cette mélancolie est compliquée d'un état hypocondriaque ; le problème de l'intervention chirurgicale devient alors difficile. Certes, il est des hypocondriaques mélancoliques ; il s'agit de savoir si la mélancolie est antérieure ou postérieure à l'hypocondrie. Dans le *premier* cas, ce sont des mélancoliques qui présentent entre autres symptômes de leur état mélancolique, des idées hypocondriaques ; dans ce cas, le chirurgien, ainsi que je l'ai établi dans la thèse de Mallet doit se montrer très réservé au point de vue opératoire et n'intervenir que dans la période de convalescence. J'ai publié des faits à l'appui de cette opinion, Dans le *deuxième* cas, c'est-à-dire quand la mélancolie est consécutive à l'état hypocondriaque, le malade peut, au contraire, bénéficier de l'intervention chirurgicale. Il en a été ainsi dans le fait que je vais retracer brièvement. Il s'agit d'une femme atteinte de dégénérescence mentale et de dépression mélancolique avec préoccupation hypocondriaque et tendance au suicide. Plusieurs chirurgiens avaient été consultés par elle au sujet de son rein mobile ; tous avaient refusé d'intervenir, probablement à cause de son anxiété et de son habitus spécial qui la faisait considérer comme une aliénée véritable. Les douleurs qu'elle éprouvait l'avaient poussée au suicide et c'est dans ces circonstances qu'elle est entrée à l'asile. La fixation du rein que je pratiquai dans mon service amena la guérison complète de son accès de mélancolie. Il est certain qu'ici la mélancolie a été secondaire et c'est pourquoi le résultat a été favorable, mais on comprend combien les indications sont parfois délicates à saisir dans cette chirurgie spéciale.

« J'arrive en terminant à dire quelques mots sur le rein mobile chez les hystériques. Le plus souvent, la malade ignore le déplacement ; elle vient consulter le médecin, soit pour une maladie d'estomac, soit par une affection gynécologique ; celui-ci découvre un

rein mobile et croit rendre service à la malade en lui annonçant que tous les symptômes observés tiennent au déplacement de cet organe. A partir de ce moment, toute son attention est attirée sur cette lésion et parfois, elle devient pour le chirurgien une véritable persécutrice. » M. Picqué cite alors deux cas d'hystériques qui réclamaient à grands cris l'opération. Il sut la refuser et il ne s'en est jamais repenti, car les malades ont guéri par le traitement psychothérapique. « Je crois, en résumé, dit M. Picqué, que l'ectopie rénale simple chez l'hystérique doit être traitée par les agents ordinaires de la thérapeutique et je suis persuadé que l'intervention, tout comme la neurasthénie, peut conduire à l'éclosion de troubles mentaux sous forme de psychose post-opératoire ; c'est la conclusion à laquelle était arrivé mon interne Mallet dans une thèse faite sous mon inspiration. Mais, par contre, lorsqu'il existe une psychose, l'intervention peut dans certaines formes bien déterminées, amener la disparition de celle-ci comme chez notre malade où les douleurs du déplacement avaient amené, en raison d'une prédisposition particulière, une crise de mélancolie anxieuse, avec tentative de suicide.

MOSNY (1904)[1]. — Dans cet article, notre maître, M. Mosny, rapporte l'histoire d'une jeune fille de 20 ans, hystérique, qui présentait une albuminurie orthostatique accompagnée d'une légère mobilité rénale gauche et rebelle au traitement hygiéno-diététique habituel des albuminuries néphrétiques. L'albuminurie guérit en même temps que les troubles névropathiques qui l'accompagnaient par le port d'une ceinture hypogastrique. M. Mosny fait observer qu'il est rare qu'on ait cherché à obtenir la guérison de l'albuminurie orthostatique par fixation du rein mobile ; il ne connaît guère que les observations de Rivière, de Sutherland et la sienne.

A la fin de son article, M. Mosny recommande dans des cas de ce genre le traitement qui lui a si bien réussi, mais il conclut : « La néphropexie chirurgicale a pu dans de tels cas donner d'heureux résultats ; il conviendra de recourir à la néphropexie si le traitement orthopédique échoue. »

1. Mosny. *Trib. méd.* 2e Se. T. XXXVI, p. 309-311.

Ce sont les mêmes idées que nous retrouvons dans la thèse de **COURCOUX**[1] parue la même année.

SEDILLE (1904) [2]. — Après avoir fait une étude anatomo-pathologique du rein mobile, l'auteur dit que de cette étude il découle cliniquement une certaine variété dans la grande classe connue jusqu'ici sous le nom de « rein mobile ». Il doit donc, dit-il, s'ensuivre une diversité assez marquée dans les indications thérapeutiques, suivant les cas.

A. — Il y a des reins, dit-il, qui en plus de leur mobilité sont malades en tant que reins; ce n'est pas la néphroptose qui prime alors, c'est l'affection surajoutée. Nous n'y insisterons pas. Nous signalerons seulement qu'à propos des cas de pyélonéphrite, de pyonéphrose et de grandes hydronéphroses, l'auteur indique qu'on pourra le plus souvent se contenter d'une néphrotomie, mais qu'il ne faudra surtout pas oublier de fixer le rein, condition *sine qua non* de guérison ultérieure.

B. — En dehors de ces reins mobiles malades et surtout en tant que reins, il en existe, dit-il, qui sont surtout mobiles. Chez eux c'est la mobilité qui prime tous les autres accidents. Ces reins se différencient par leurs symptômes et les désordres qu'ils produisent; aussi en existe-t-il plusieurs variétés, depuis le rein légèrement mobile, jusqu'au rein en ectopie pelvienne. Entre l'ectopie rénale congénitale et le rein mobile acquis, il semble, dit Sédille, que si l'on considère les cas extrêmes, il n'existe aucun rapport entre ces deux affections. Cependant, la différence n'est pas si grande qu'on le suppose au premier abord et que l'a avancé M. Pasteau; on peut trouver des intermédiaires, une série de cas de transition, qui permettent de ne pas les considérer comme des affections absolument distinctes.

Nous ne suivrons pas plus loin l'auteur dans ces considérations qui n'ont qu'une valeur anatomo-pathologique et non clinique, pas plus que nous n'étudierons avec lui l'indication opératoire dans les cas de reins congénitalement ectopiés, qui ne sont pas des reins mobiles.

Cette catégorie éliminée, l'auteur en considèrera deux autres :

1. Courcoux. Thèse de Paris, 1903-1904.
2. Sédille. Thèse de Paris, 1904-1905.

Dans le *premier* cas, il s'agit de rein mobile qui ne donne lieu à aucun phénomène morbide, c'est le rein mobile qu'on trouve par hasard; dans ce cas, il ne faut pas intervenir. Enfin, dans le *deuxième* cas, il s'agit de reins qui manifestent leur présence par des symptômes violents, parmi lesquels la douleur occupe le premier plan. Les troubles dyspeptiques et neurasthéniques l'accompagnent souvent, ou l'un de ces trois troubles prend une prédominance telle que la clinique doit distinguer des formes spéciales. 1° quand les accidents sont presque exclusivement d'origine rénale, le rein mobile est dit *simple*, la néphrotose est alors toute la maladie ; 2° quand, au contraire, le rein est atteint en même temps que d'autres organes, néphroptose et entéroptose ou splanchnoptose, le rein mobile n'est pas toute la maladie, il est sous la dépendance d'un état général, Cette distinction à peu d'importance en thérapeutique, car, si dans la première variété l'intervention est vraiment efficace, il n'en est pas de même dans la deuxième.

Parmi les reins mobiles *simples*, on se trouve amené à opérer ceux qui font des crises de congestion, se traduisant par des douleurs, variant de la simple gêne aux douleurs les plus vives, paroxystiques mêmes, de l'étranglement rénal,

Ces crises, par leur répétition, sont capables d'entraîner une déchéance de l'organisme et de rendre la vie active difficile. Dans ces cas, il faut intervenir. D'autres reins mobiles font de petites rétentions. MM. Michon et Pasteau[1] ont appelé l'attention sur ces reins et ont apporté des observations. La rétention est peu abondante, elle varie de sept à quarante centimètres cubes et s'accompagne toujours d'une diminution assez notable des éléments solides de l'urine : ainsi au lieu de 10 gr. 5 d'urée, ils trouvaient 3 grammes ; et 5 grammes au lieu de 13 grammes. Abandonnées à elles-mêmes, ces rétentions persistent, laissant le rein dans un état d'infériorité secrétoire; elles peuvent aussi aboutir aux grandes rétentions, à la sclérose rénale, à la néphrite. Aussi, faut-il les opérer, lorsque, malgré le cathétérisme urétéral, elles sont persistantes, et opérer encore, lorsque sans être persistantes, elles reviennent facilement et souvent, entraînant avec elles des symptômes douloureux graves. Dans ces deux cas, la néphropexie donne toujours d'excellents résultats.

1. Michon et Pasteau. *13e Cong. int.*, Paris 1900. Sect. de Chir. ur., p. 88.

Il resterait encore à parler, dit Sédille, des reins mobiles qui, par la compression qu'ils exercent sur les organes voisins, créent des troubles mécaniques. Ces phénomènes sont d'ailleurs rares, mais cependant, ils sont suffisants pour justifier l'intervention chirurgicale.

Enfin, lorsque le rein mobile est *compliqué*, c'est-à-dire lorsqu'il s'accompagne d'entéroptose, de splanchnoptose, d'entéro-colite muco-membraneuse, ou quand les symptômes nerveux prédominent, on peut encore opérer, mais il faut bien savoir qu'on n'a pas beaucoup de chances de supprimer les symptômes douloureux dont se plaignent les malades, car ces symptômes sont plutôt dus à l'état général qu'à l'état local. Cependant il est des cas où la néphroptose joue un rôle essentiel dans la pathogénie des accidents; aussi, la néphropexie pourra-t-elle être tentée; elle serait indiquée surtout quand, en comprimant le rein et en tirant sur son pédicule, on déterminera des phénomènes douloureux. On devra donc peu compter sur une guérison complète, mais l'état du malade pourra être amélioré.

En **1904**, la discussion reprend à la **Société de Chirurgie de New-York**[1] sur les indications de la néphropexie.

M. E. GALLANT se demande tout d'abord si l'on doit ou si l'on ne doit pas opérer le rein mobile. A son avis, plutôt que d'opérer il est préférable, dans la plus grande majorité des cas, de recourir au port du corset qu'il préconise depuis longtemps. L'opération, d'après lui, ne donne pas de bons résultats, parce que le rein n'est pas fixé assez *haut*. Le rein est, en effet, le plus souvent, fixé au niveau de la taille où il est comprimé par le corset et les vêtements. L'auteur se rallie à l'opinion de Glénard sur les indications opératoires du rein mobile. Il estime qu'il faut que le rein soit bien malade pour son propre compte, pour que la néphropexie s'impose.

M. GOELET, toujours très partisan de l'intervention réplique que le corset n'a jamais fait qu'aggraver les choses et il rappelle que sur 179 cas, il n'a eu qu'un échec.

DESMOLINS (1904)[2]. — « Beaucoup de reins mobiles, dit l'auteur, dont la thèse est inspirée par M. Lucas-Championnière, sont

1. *Soc. de Chir. de New-York*. Compte rendu in *Med. Record*, 7 mai 1904, p. 756.
2. Desmolins. Thèse de Paris, 1903-04.

silencieux. Mais il n'en est pas toujours ainsi et on peut voir apparaître un certain nombre de complications ». Parmi ces complications, nous ne retiendrons que l'hydronéphrose sur laquelle insiste Desmolins. L'hydronéphrose, dit-il, n'est pas très fréquente dans le rein mobile. Hydronéphrose et rein mobile gardent même une certaine indépendance bien qu'on les associe fréquemment. Ce fait a été bien mis en lumière par M. Lucas-Championnière qui fait remarquer qu'il n'existe pas une seule observation dans laquelle on ait constaté le rein mobile avant d'observer l'hydronéphrose. La chirurgie expérimentale, avec Hildebrand, montre par ailleurs que la mobilité du rein n'entraîne l'hydronéphrose, et encore, pas constamment, que dans le cas où l'uretère se trouve coudé par une bride ou par un vaisseau.

Mais, indépendamment de ces complications, qui sont l'exception, le rein mobile s'accompagne très fréquemment de *symptômes nerveux* très accentués : les douleurs sont violentes, les troubles gastriques persistants. La neurasthénie et l'hystérie se manifestent tour à tour. Sans vouloir, dit l'auteur, décrire ces divers formes des complications nerveuses du rein mobile, nous examinerons seulement de quelle manière il convient de traiter le malade qui souffre et qui vient demander secours. Quelques malades, dit-il, sont considérablement soulagés par l'application d'un bandage. Ils obtiennent ainsi, d'une façon à peu près permanente, le bénéfice que procure temporairement le décubitus latéro-abdominal. Mais, ajoute l'auteur, on n'obtient en général, que de médiocres résultats. La constriction violente de l'abdomen n'est pas un bon traitement du rein flottant; elle n'est pas d'ailleurs sans danger, aussi le médecin doit-il veiller lui-même à l'application des bandages si souvent mal ajustés.

Il indique alors le procédé de la bande de crêpon de M. Lucas-Championnière (voir page 54). Il conviendra donc toujours d'essayer ce procédé simple et peu coûteux avant de proposer une intervention chirurgicale. Les résultats sont particulièrement satisfaisants chez les femmes qui ont un rein peu douloureux, facilement maintenu dans sa loge et ne s'accompagnant pas de phénomènes nerveux très accusés. Nous l'appellerons, dit l'auteur, *rein médical* par opposition au rein très douloureux ou compliqué de troubles généraux graves, que nous dénommerons *rein chirurgical*. Nulle

ceinture ne saurait apporter à ces malades un soulagement suffisant; il faut intervenir, sous peine de voir s'établir une véritable cachexie nerveuse. La néphrorraphie donnera dans ce cas, le plus souvent, des résultats remarquables.

PUISSÉGUR (1906) [1], dans sa thèse s'occupe des résultats obtenus par la néphropexie dans le cas de troubles digestifs d'origine mécanique.

A propos des indications opératoires, il s'en tiendra donc aux troubles digestifs, ce qui l'amènera à parler de ces troubles chez les nerveux et à citer à ce propos l'opinion de M. Picqué sur ce sujet. C'est M. Picqué d'ailleurs qui a inspiré cette thèse.

L'auteur considère trois cas de troubles digestifs: suivant que ces troubles reconnaissent une origine réflexe (cas des nerveux) ou sont liés à des complications telles que l'hydronéphrose ou la pyonéphrose, ou enfin sont dus à un obstacle mécanique causé par le rein mobile : 1° Dans le cas de troubles digestifs réflexes, les malades sont des nerveux, des neurasthéniques ou des hystériques et l'opération n'est pas à proposer ; l'auteur cite alors tout au long l'opinion de M. Picqué que nous avons donnée page 58.

M. Tuffier, dit Puisségur, s'est toujours abstenu dans ce cas, en s'appuyant sur de nombreux faits et pense que l'opération ne peut qu'aboutir à la psychose post-opératoire (comme le reconnaît d'ailleurs M. Chevalier pour quelques malades). 2° Dans les cas où les troubles digestifs seront dus à l'étranglement rénal ou à une crise d'hydronéphrose ou de pyonéphrose, la néphropexie est absolument indiquée; là-dessus tout le monde est d'accord, dit l'auteur, à moins que les lésions ne nécessitent une néphrectomie. 3° Dans le cas où les troubles digestifs observés sont dus à un rein mobile venant comprimer le duodénum ou l'angle duodéno-jéjunal, il est facile de poser immédiatement l'indication opératoire : d'abord pour parer à l'intensité des phénomènes douloureux, ensuite parce que nous avons quelquefois affaire à un rein irréductible ayant contracté des adhérences avec les organes voisins et qui, ne pouvant être replacé dans sa loge, ne tirerait aucun bénéfice d'un traitement par un appareil de contention. L'opération est donc ici formelle-

1. Puisségur. Thèse de Paris, 1905-1906.

ment indiquée; d'ailleurs, pratiquée dans les deux cas que l'auteur rapporte, l'opération a donné dans le premier un résultat immédiat très satisfaisant; dans le second, la guérison a été complète et la malade a repris sa vie habituelle.

Dans tous les cas, par conséquent, où on diagnostiquera un rein venant comprimer un organe voisin, il faudra le relever et le fixer, et ainsi, en supprimant l'obstacle au cours des matières on supprimera les phénomènes qui s'y rattachent.

MARINI (1906) [1] s'occupe surtout dans sa thèse des procédés opératoires; il ne parle qu'incidemment des indications et c'est pour faire remarquer qu'elles ne sont pas fixées d'une manière tellement précise que l'on ne puisse hésiter entre les interventionnistes délibérés qui proposent même la néphropexie préventive, préventive des douleurs bien entendu, et ceux qui, sceptiques sur le résultat éloigné, ne la conseillent que comme un pis-aller. L'hésitation, écrit-il, est justifiée par le caractère d'excessive bénignité de l'intervention. Quelle que soit la technique employée, la néphropexie est à ce point de vue comparable à la cure radicale de la hernie; elle est même plus inoffensive, en ce sens qu'elle prête encore moins aux complications post-opératoires et si les accidents éloignés auxquels elle peut donner lieu sont évités par le choix d'un bon procédé opératoire, elle devient, selon l'expression de M. Lucas-Championnière, à la fois « l'une des plus simples et des plus efficaces de la chirurgie. »

LEGUEU (1906) [2]. — Nous allons reproduire intégralement le chapitre des indications thérapeutiques que nous avons trouvées, dans cet opuscule de M. le Prof[r] Legueu.

Un grand nombre de malades, dit M. Legueu, gardent un rein mobile, sans en souffrir, sans le savoir. On ne peut donc pas considérer la mobilité rénale en elle-même comme une indication opératoire. « Au contraire, l'opération est d'indication relativement très exceptionnelle et si, à une certaine époque, on a fait beaucoup de fixations du rein, actuellement, la tendance générale parmi les chirurgiens est de se contenter le plus souvent du bandage et de

1. Marini, Thèse de Toulouse, 1905-1906.
2. Legueu. *Le Rein mobile*, 1906. Paris, Baillière, 96 p.

restreindre l'opération à quelques cas très spéciaux, pour lesquels il semble qu'elle ait une sérieuse efficacité. Ces indications sont basées sur la douleur, la dyspepsie, et la neurasthénie. »

1° *Douleur.* — La douleur est une des meilleures indications de l'opération : c'est lorsque le rein mobile est douloureux que l'opération donne les résultats les plus favorables. D'après les statistiques publiées, lorsque la néphrorraphie s'adresse à la douleur seule, elle donne 88 p. 100 de guérisons définitives. La fixation du rein la fait disparaître en général complètement et avec elle, tous les phénomènes morbides qui lui sont inhérents. Les femmes reviennent à la santé, reprennent de l'embonpoint et peuvent vivre de la vie commune. Avant de poser l'indication opératoire, on s'assurera que la douleur tient bien à la mobilité rénale et non à une autre cause, qu'elle se réveille par la station debout, et ne tient ni au foie, ni à l'appendice, ni à l'intestin.

2° *Dyspepsie.* — Les troubles dyspeptiques sont beaucoup moins heureusement modifiés par la néphrorraphie ; on voit sous ce rapport des résultats extraordinaires et d'ailleurs contradictoires : certaines malades sont absolument transformées par l'opération ; leurs troubles digestifs disparaissent entièrement, alors que d'autres ne retirent de la néphropexie aucun bénéfice appréciable. J'ai opéré en 1901, dit M. Legueu, une malade qui depuis plusieurs années était au régime lacté absolu ; elle ne pouvait supporter autre chose ; elle rendait tout ce qu'elle prenait. La néphrorraphie fut tentée, je le reconnais, en désespoir de cause. Or, cette malade a pu de suite après l'opération, manger tout ce qu'elle voulait. Depuis, elle n'a jamais eu de vomissements, et sa santé est restée absolument florissante. Par contre, j'ai vu des malades chez lesquels le résultat était tout autre, à tel point qu'on pouvait se demander si l'opération n'avait pas contribué à aggraver l'état de ces malades. En réalité, ces contradictions ne sont qu'apparentes et s'expliquent : Le rein mobile peut gêner mécaniquement la digestion, il entraîne la compression ou la déviation du pylore ou du gros intestin. Dans ce cas, la fixation du rein remédie admirablement à ces accidents purement mécaniques ; elle est absolument indiquée. Mais il est aussi, au cours du rein mobile, des troubles digestifs qui relèvent de la maladie commune : entéroptose et neurasthénie, et ceux-là ne peuvent être modifiés sérieusement par l'opération. Malheureusement,

il est difficile de distinguer cliniquement ces troubles mécaniques. On décide un peu au hasard, à l'aventure, et il arrive souvent qu'on tombe mal, d'où la large proportion des insuccès. Ici donc, en présence d'une femme qui, atteinte d'un rein mobile non douloureux, est sujette à des troubles dyspeptiques, il faut y regarder à deux reprises avant de proposer l'opération : il faut surtout voir dans quelle mesure la réduction du rein modifie les troubles dyspeptiques et ne décider l'opération que pour les malades chez lesquels on a cru remarquer que la réduction du rein calmait, atténuait un peu l'intensité des troubles digestifs.

3° *Neurasthénie.* — La forme neurasthénique du rein mobile est de toutes la plus mauvaise, au point de vue des résultats opératoires. Elle a donné 50 p. 100 de guérisons, 36 p. 100 d'insuccès complets, 14 p. 100 d'améliorations simples. Et encore serait-il juste d'ajouter à cette statistisque quelques cas certains, indiscutables, d'aggravations. Ici donc, encore, on fera preuve d'une grande prudence avant de poser l'indication opératoire chez des malades neurasthéniques qui ont un rein mobile. Cette réserve est d'autant plus nécessaire que ces malades, désespérés, se raccrochent à toutes les branches et acceptent généralement l'opération avec la plus vive satisfaction. Ce qui ne les empêche pas de reporter ensuite à une défectuosité de l'opération toutes les misères dont elles ont à souffrir ultérieurement. Ce sont ces malades qui continuent à souffrir dans la matrice de topalgies imprécises qui empoisonnent leur existence. Cependant il n'est pas douteux que des malades ont été arrêtées sur la pente de la neurasthénie par une néphrorraphie faite à temps. Ce sont celles chez lesquelles la neurasthénie est secondaire, consécutive au rein mobile. Il y en a même qui, atteintes d'hypocondrie avec mélancolie, ont été guéries par l'opération (Picqué). C'est qu'alors la mélancolie est secondaire à l'hypocondrie : dans le cas contraire, l'opération ne donnerait aucun résultat et serait capable d'aggraver les troubles mentaux.

M. Legueu étudie ensuite les indications opératoires dans les cas de *complications* du rein mobile. Il traite d'abord l'importante question de l'appendicite et du rein mobile. Les Américains, et particulièrement Edebohls, se sont attachés à cette question. Ce dernier, dans une série de travaux, est arrivé à établir entre les deux affections, une relation de cause à effet. D'après lui,

l'appendicite se rencontre dans 90 p. 100 des cas de reins mobiles droits. Dans ces cas, l'appendicite est en général latente, insidieuse sans grandes manifestations; quelquefois cependant, il a vu des crises aiguës, mais presque toujours elles se terminent par résolution ou passent à l'état chronique. La réalité de cette appendicite est démontrée par les résultats anatomiques des opérations pratiquées par Edebohls. Dans trente cas où l'appendice fut enlevé en même temps que le rein fut fixé, l'appendice fut trouvé manifestement lésé. Pour ce qui est de la pathogénie de l'appendicite dans ces cas, Edebohls pense que le rein droit en se mobilisant déplace le duodénum et la tête du pancréas ainsi que la veine mésentérique supérieure, d'où des troubles dans la circulation en retour de l'appendice qui se congestionne et s'enflamme plus tard. L'appendicite constituée de la sorte peut, par les douleurs qu'elle provoque, être la seule manifestation du rein mobile et il suffit quelquefois, mais non toujours, de fixer le rein pour guérir l'appendicite. L'auteur américain, d'ailleurs, pratique dans la même séance et par la même voie lombaire, l'ablation de l'appendice et la néphrorraphie.

Après avoir cité textuellement les idées et les hypothèses formulées par Edebohls, M. Legueu rappelle que depuis lors, de nombreux auteurs : Noble, Bervill, Ross, Watson, Beck et d'autres ont abordé à nouveau cette question et l'ont résolue à peu près dans le même sens. Pour sa part, M. Legueu n'accepte en aucune façon les idées d'Edebohls : les faits sur lesquels s'appuient les auteurs américains ne sont rien moins que probants. L'appendicite est actuellement si commune, le rein mobile est si fréquent chez la femme, qu'on doit s'attendre à voir toute appendicite chez une femme adulte coïncider avec un rein mobile. Le fait de trouver l'appendice lésé au cours d'une néphropexie, ne prouve pas la relation de cause à effet entre les deux affections. Il y a là tout simplement une coïncidence, d'où résulte la difficulté de distinguer ces deux affections l'une de l'autre et la nécessité où l'on se trouvera souvent de faire en même temps que la néphropexie l'ablation de l'appendice.

Après avoir ainsi traité de l'appendicite, l'auteur parle des véritables complications du rein mobile : albuminurie, hématurie, néoplasme, tuberculose, pyélonéphrite, hydronéphrose, ces dernières surtout méritant de retenir l'attention. L'hydronéphrose dite inter-

mittente est, d'après M. Legueu, la principale complication du rein mobile. Il s'agit, dit-il, d'une hydronéphrose continue avec bassinet toujours distendu, ce qui varie, c'est la tension dans le bassinet. Peu à peu, avec les crises, le rein se dilate et, du fait d'une coudure de l'uretère sur un vaisseau ou du fait d'une anomalie d'implantation de cet uretère, l'hydronéphrose devient toute la maladie. Dans ces cas de pyélonéphrite ou d'hydronéphrose, la néphropexie donne de bons résultats.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (1907)[1]. — M. Lucas-Championnière revient sur la question de l'hydronéphrose intermittente. Il n'admet pas qu'elle soit consécutive au rein mobile. Il ne croit pas qu'il existe un seul cas dans lequel la mobilité du rein ait été constatée avant que l'on ait constaté l'hydronéphrose. C'est seulement après avoir observé le développement du rein, que l'on a supposé que cette mobilité avait préexisté. En outre, il ne faut pas oublier que plusieurs conditions semblent contredire la légitimité de cette supposition. Le rein mobile est une maladie fort commune, tandis que l'hydronéphrose intermittente est une maladie fort grave. Tandis que le rein mobile est fréquent à droite et très rare à gauche, l'hydronéphrose intermittente est au moins aussi commune à gauche qu'à droite. Pour sa part, M. Lucas-Championnière n'a jusqu'ici observé que des hydronéphroses gauches. Tandis que les hommes ont plus rarement le rein mobile que les femmes, l'hydronéphrose intermittente est aussi fréquente dans un sexe que dans l'autre. Enfin, chose bien singulière, tandis que les phénomènes nerveux dominent pour le rein mobile, même avec un déplacement peu accentué pour l'énorme difformité que constitue l'hydronéphrose intermittente, les accidents nerveux sont fort rares, les phénomènes de septicité, de suppuration et d'infection urineuse dominent.

« Je crois donc, même à priori, écrit M. Lucas-Championnière, que ces deux maladies sont absolument différentes, que le rein mobile dont nous connaissons les accidents en clinique constitue une maladie absolument distincte de l'hydronéphrose et de la distension du rein. Continuant mes observations sur les faits connexes, je crois que les accidents du rein mobile méritent une tout autre

1. Lucas-Championnière. *Journ. de Méd. et Chir. prat.*, 1907, T. LXXVII, p. 449-457.

interprétation que les accidents dus à la distension et à la congestion rénale. Je constate que les phénomènes que nous observons sont tout différents de ceux qui sont attribuables à la distension, à la rétention et à l'intoxication. Ce sont avant tout des phénomènes nerveux de toutes sortes, avec toutes les irrégularités et toutes les variations possibles qui seraient incompatibles avec le phénomène simple et constant de la rétention, les phénomènes de distension du rein ou de résorption urinaire qui devraient avoir une certaine uniformité. Ici on trouve de tout, depuis les douleurs vagues, les accidents de neurasthénie, les altérations profondes des fonctions de digestion et de toutes les fonctions de nutrition; on trouve même jusqu'à la folie caractérisée, si on tient compte des remarquables recherches du docteur Suckling, de Birmingham. Voici déjà bien longtemps que, pour ma part, je soutiens que la pathogénie comme la pathologie du rein flottant sont choses bien plus compliquées qu'on ne l'admet généralement, en les rattachant d'une part à une simple faiblesse générale des liens qui soutiennent les viscères, et d'autre part à quelques troubles chimico-physiologiques dépendant d'un trouble de circulation. Il faut remarquer d'abord que les accidents dus au déplacement du rein ne sont pas proportionnés à la quantité de ce déplacement, ce qui serait si les accidents devaient être proportionnels à la coudure. Il y a des reins très déplacés qui ne donnent lieu à aucun symptôme.

« Les accidents dus aux reins flottants sont extraordinairement variés et ressemblent en bien des circonstances à ceux que nous constatons dans les névrites, ou du moins à ceux qui accompagnent les lésions graves des centres et des grands cordons nerveux. Des douleurs de toutes formes se manifestent, même bien loin du rein : des troubles fonctionnels de l'estomac (vomissements), des troubles fonctionnels de l'intestin (entéro-colites) surviennent. L'affaiblissement général est hors de proportion avec le peu d'étendue de la lésion. L'excitabilité nerveuse est caractérisée par une exagération extraordinaire des réflexes rotuliens. J'ai rencontré tous les troubles de la neurasthénie et de véritables troubles psychiques. D'autres observateurs ont trouvé de véritables cas de folie. Ce qui est plus remarquable, c'est que, quelle que soit l'intensité de ces troubles, l'opération donne une véritable preuve expérimentale qu'ils résultent bien de la seule mobilité

anormale du rein, des secousses qu'il peut subir, car le résultat de la fixation est instantané. Il peut être tellement immédiat que tout trouble cesse, comme j'en ai vu de nombreux exemples, de façon à amener une guérison immédiate. Elle peut n'amener la guérison que plus lentement, mais très sûrement, chez les sujets dont le système nerveux a été ébranlé de très longue date. Mais elle donne bien la preuve expérimentale que c'était le déplacement du rein, l'ébranlement que produisaient les secousses qu'il subissait, qui causait tout le mal. Car cette opération est une des plus constamment heureuses que l'on puisse faire et l'on n'a guère chez ces sujets à se préoccuper de l'entéroptose, qui n'est qu'un épi-phénomène incapable de tenir la place capitale dans la genèse des accidents.

« J'ai donc été frappé de la violence des accidents nerveux et de nutrition, opposée à la perfection de la guérison, qui souvent remonte à peine l'organe de quelques centimètres, mais qui certainement par un lien même étroit l'empêche surtout de remuer en battant de cloche. N'ayant jamais du reste constaté un trouble de secrétion urinaire, ni de la composition de l'urine avant ou après l'opération, j'ai cherché ailleurs que dans le trouble urinaire l'explication de phénomènes si complexes. » M. Lucas-Championnière revient à ce propos sur l'hypothèse qu'il a faite, il y a quatre ans déjà que les troubles observés dans certains déplacements du rein proviennent des tiraillements qu'exerce le rein déplacé sur les capsules surrénales. « Or, me direz-vous, quel grand intérêt peut-il y avoir à inaugurer une nouvelle théorie des accidents du rein flottant? Un intérêt capital, selon moi. La fixation du rein n'a pas une bonne réputation. Beaucoup de médecins ne l'apprécient pas à sa juste valeur. Les uns probablement ne l'ont pas vu faite dans des conditions suffisantes. Les autres se disent volontiers et théoriquement qu'il est impossible qu'un mal qui dépend de l'affaiblissement de tous les viscères puisse être guéri par une simple suspension du rein due à des attaches forcément de médiocre surface. Justement ma théorie, qui rapporte tout le mal aux secousses du rein hors de sa place, peut nous faire comprendre les résultats incontestables que l'opération doit donner. Pour moi qui ai pratiqué cette opération 60 fois, je puis dire qu'il y a peu d'opérations qui donnent des satisfactions plus appréciables. Cependant

un grand nombre des sujets de ces opérations ne sont venus à la subir qu'après des souffrances très prolongées et ce sont des types de surexcitation nerveuse aussi mal préparés que possible pour reconnaître les bons résultats d'une opération. Souvent leur organisme est tellement entraîné à la souffrance que les suites immédiates des premières semaines, et quelques rares fois, des premiers mois ne donnent pas tout l'effet sédatif sur lequel on pourra compter définitivement. J'ai vu de grandes nerveuses qui souffraient depuis des années, chez lesquelles deux ou trois mois ont été nécessaires pour amener cette sédation définitive. Chose bien curieuse, chez les sujets les plus rapidement guéris, la situation va en s'améliorant avec les années. Bien certainement pourtant, pendant ces années, ce n'est pas l'entéroptose qui s'améliore. Mais chez ces sujets, le système nerveux s'est calmé, les réactions viscérales ont disparu. L'entérite est guérie ou tellement diminuée qu'elle n'est plus représentée que par quelque constipation ou quelque rare diarrhée. C'est parce que j'ai vu un si grand nombre de cas, toujours les mêmes dans leur évolution, que je suis un partisan fervent d'une opération que je n'ai jamais observée suivie d'un accident quelconque.

« Sans doute, je me suis mis à l'abri de toute complication septique par une antisepsie irréprochable. Mais quoique j'aie exercé une action directe un peu violente sur la substance du rein, je n'ai jamais vu un incident sérieux du côté de ses fonctions, je n'ai jamais vu du côté du parenchyme de cet organe aucune complication qui eût été facile à prévoir si l'organe avait été malade. C'est sans doute, comme je me l'explique fort bien aujourd'hui, que le rein n'est rien en quelque sorte dans la maladie. Le mal est dû à un organe qui lui est extérieur et qui était irrité ou enflammé par l'action traumatique exercée sur lui par le rein sain, mais déplacé et mobile. Ainsi, tout en opérant une action un peu brutale sur un organe prétendu malade du fait de son déplacement, j'ai vu guérir les malades sur lesquelles les diagnostics les plus étranges avaient été faits, répondant à une série de troubles nerveux des plus compliqués : neurasthénie, cancer de l'estomac, oblitération des voies biliaires, entérite grave, etc. Mais on a pu voir des accidents résultant du déplacement du rein beaucoup plus étranges encore : ceux qui ont trait à la folie. Bien que je ne les aie pas complètement

observés moi-même, je pense qu'il vous intéressera de connaître la récente et curieuse publication du docteur Suckling, de Birmingham. Le docteur Suckling, qui s'occupe surtout de l'étude des maladies nerveuses, sur lesquelles il a publié un nombre considérable de mémoires, s'avisa il y a deux ans, en visitant un asile public d'aliénés, d'examiner cinquante femmes et fut surpris de constater que : 29 d'entre elles avaient un ou deux reins abaissés, 17 avaient le rein droit seul abaissé, 3 le gauche, 9 les deux reins. De la sorte cinquante pour cent des internés avaient un rein mobile. Pourtant une seule avait de l'entéroptose de Glénard. Les malades examinées avaient surtout de la mélancolie, mais il y avait des cas de manie et de démence. La majorité des patientes étaient au-dessous de quarante ans. Dans un asile privé, M. Suckling trouva 33 p. 100 de reins prolabés. Depuis six ans, il a observé beaucoup de cas de folie avec le rein prolabé. Mais surtout, il fit opérer un certain nombre de sujets et fut surpris de constater que la fixation du rein par la suture a réussi à faire disparaître ce qu'il appelle la condition d'intoxication du cerveau par le déplacement du rein.

« M. Suckling, en effet, attribue la folie à l'empoisonnement que détermine la coudure de l'uretère du rein déplacé. Il a bien remarqué pourtant que les accidents ne sont pas en relation avec les proportions de l'abaissement. Il a vu souvent de la tendance au suicide. Souvent les troubles mentaux ont été précédés de maux de tête, de dépression et d'insomnie. Mais la partie la plus curieuse de ce mémoire est certainement le récit de 21 opérations faites pour des cas de folie et suivies d'un état apparent de guérison parfaite. En parcourant ces observations, on peut voir que la progression des symptômes nerveux s'est constamment montrée; au début, dyspepsie, puis douleurs, puis divers symptômes menant à la mélancolie et à la folie. Et il répète, après Goelet, ces paroles dites à propos des indications de la néphropexie : « On n'est pas excusable de laisser « un malade atteint ainsi au-dessus d'une mine qui peut faire explo- « sion à chaque instant. » Je ne puis ici étudier par le détail ces 21 observations dans lesquelles 20 opérations ont été suivies d'un succès complet. Je ne vois aucune raison pour qu'on n'observe pas en France des cas du même ordre. Pour ma part, j'ai observé des cas de troubles nerveux et de modifications de faiblesse cérébrale telle qu'on pouvait dire qu'elle confinait à la folie. Je n'ai pas vu de

véritables aliénés, mais j'ai vu des sujets qui avaient fait des tentatives de suicide. »

« Malgré l'opinion adoptée par Suckling, la théorie de l'intoxication par les produits de rétention urinaire ne me séduit en aucune façon. Nous avons tant d'occasions d'observer la rétention urinaire sans rien observer de comparable, que nous ne voyons pas de bonnes raisons de l'admettre en ce cas. Mais le tiraillement sur la glande interne qu'est la capsule surrénale ou sur les plexus considérables qui siègent à ce niveau, nous paraît une cause infiniment plus plausible d'accidents nerveux. Sans doute, je ne puis émettre qu'une hypothèse au point de vue anatomique. Il resterait à faire des constatations anatomiques plus précises. Il serait, en effet, bien nécessaire de pouvoir étudier les tractus fibreux qui relient le rein aux capsules surrénales, de voir pourquoi certains reins bien mobiles ne donnent pas de douleur. Il y a même des reins extraordinairement déplacés qui ne donnent aucune douleur. Une constatation anatomique qui nous montrerait que dans ces cas la capsule surrénale est tout à fait distincte du rein, ou qu'exceptionnellement elle l'a accompagné dans sa chute, serait évidemment tout à fait intéressante et nous ne pouvons qu'indiquer l'utilité de cette recherche. Même si on hésite devant un accueil trop favorable à notre hypothèse, on admettra qu'elle s'accorde absolument avec nos observations cliniques et qu'elle nous encourage non seulement à opérer pour remettre le rein en place, mais à le fixer pour l'immobiliser suffisamment. C'est l'immobilisation qui est le point capital à rechercher; et très heureusement, il me paraît toujours possible de l'assurer, même quand la remise en place ne peut être réalisée rigoureusement.

« J'ajoute, en terminant, que les insuccès, qui ont compromis cette excellente opération, dépendent le plus souvent d'une mauvaise technique, soit que celle-ci soit trop simple, soit qu'elle soit trop compliquée. Cette théorie n'est pas négligeable, car au lieu de nous faire voir dans l'importance des troubles nerveux, dans la gravité de la déchéance organique du sujet, des contre-indications à opérer, elle doit nous encourager à une intervention, dont la valeur avait besoin d'être démontrée surtout parce qu'elle paraissait peu compatible avec les théories régnantes sur le rein mobile. »

SUCKLING (1907) [1]. — Nous ne ferons que résumer très brièvement, à titre d'indication, les 21 observations que publie l'auteur anglais. Ce sont ces observations auxquelles faisait allusion M. Lucas-Championnière dans l'article qui précède. Toutes les malades dont il va s'agir présentaient de la mobilité rénale et ont été guéries par la néphropexie.

Obs. 1. — Mélancolie aiguë avec idée fixe. Guérison complète quelques semaines après l'opération.

Obs. 2. — Folie aiguë. Guérison complète quinze jours après l'opération.

Obs. 3. — Mélancolie. Tentatives de suicide. Guérison une semaine après l'opération.

Obs. 4. — Dépression mentale avec idée fixe. Neurasthénie. Guérison complète, sans indication de délai.

Obs. 5. — Perte de la volonté. Dépression mentale. Guérison complète six mois après l'opération.

Obs. 6. — Mélancolie. Tentatives de suicide. Impulsions homicides. Guérison complète après dix mois.

Obs. 7. — Folie. Tentatives de suicide. Cette malade avait été jugée bonne à interner. Guérison complète, sans indication de délai.

Obs. 8. — Folie. Cette malade devait être internée. Guérison complète après douze mois.

Obs. 9. — Mélancolie. Tentatives de suicide. Guérison quelques semaines après l'opération.

Obs. 10. — Mélancolie. Dépression mentale. Guérison trois mois après.

Obs. 11. — Idée fixe. Folie. Guérison trois mois après.

Obs. 12. — Dépression mentale. Malade absolument guérie, sans indication de délai.

Obs. 13. — Dépression mentale. Peur morbide. Impulsions homicides. Guérison quatre mois après.

Obs. 14. — Mélancolie. Idée fixe du suicide. Guérison 12 semaines après.

Obs. 15. — Dépression mentale. Idée fixe de suicide. Guérison un an après.

Obs. 16. — Dépression mentale. Guérison 23 mois après.

1. Suckling. *La Folie guérie par un nouveau Traitement*, Birmingham, 1907. Cornish Brothers, 29 p.

Obs. 17. — Mélancolie. Tentatives de suicide. Guérison sans indication de délai.

Obs. 18. — Confusion mentale. Perte de la mémoire. Cette malade a été opérée en mars 1904. Une lettre reçue en octobre apprend qu'elle est guérie.

Obs. 19. — Folie. Cette malade est tout à fait bien au bout de 12 mois.

Obs. 20. — Dépression mentale. Mélancolie. Idées de suicide. Malade opérée en septembre 1904; janvier 1907, elle est en parfaite santé.

Obs. 21. — Dépression mentale. Tendance au suicide. Au bout de six mois, la malade déclare qu'elle a encore des troubles: mais ceux-ci sont supportables, tandis qu'auparavant, ils ne l'étaient pas.

La 22e observation, qui est un insuccès, n'est pas publiée.

PAUL REYNIER (1907)[1]. — Dans sa communication, notre maître, M. Reynier, s'occupe surtout de la pathogénie du rein mobile. Pour lui, toutes les malades atteintes de rein mobile sont des nerveuses, des épuisées, ce qui explique et la multiplicité de leurs troubles et l'exagération extrême de leurs douleurs. L'auteur combat la théorie pathogénique de M. Lucas-Championnière. Il n'admet pas que les capsules surrénales soient en cause. Pour lui, les douleurs du rein mobile sont dues, d'une part, aux tiraillements du plexus nerveux rénal qui ébranle consécutivement le plexus solaire; d'autre part, aux petites rétentions qui se font dans le rein à l'occasion de coudure de l'uretère, sans déterminer jamais, ajoute-t-il, et il est sur ce point d'accord avec M. Lucas-Championnière, d'hydronéphrose intermittente.

M. Reynier pense que l'hydronéphrose intermittente est due à une lésion congénitale produisant le rétrécissement de l'uretère; il estime que M. Lucas-Championnière a raison de séparer ces deux affections. « Les observations cliniques justifient entièrement cette manière de voir, dit-il; le rein mobile est surtout à droite et existe de préférence chez la femme, sexe où les troubles nerveux se produisent le plus souvent. L'hydronéphrose se voit à gauche autant qu'à droite et si, dans le rein mobile, on voit le rein devenir plus

1. Reynier (Paul). *Acad. de Méd.* 1907. T. LVIII, p. 131-137.

volumineux, il n'y a cependant jamais hydronéphrose véritable. Sur mes 102 observations, je n'en ai, pour mon compte, jamais vu. J'arrive enfin au traitement. Comme M. Lucas-Championnière, j'ai été souvent surpris de voir combien vite on soulage les malades par la fixation du rein. Quand cette fixation est bien faite, comme le dit M. Lucas-Championnière, en suspendant le rein, en dénudant sa surface externe sur un large espace, en fixant les bords de la capsule aux muscles et surtout en passant des fils dans la substance rénale, fils qu'on fixe à la côte, les malades sont très soulagés et restent soulagés. »

« Mais si cette opération reste la ressource ultime, et ressource d'ailleurs précieuse, toutefois, dans les cas légers on peut, en soutenant la masse abdominale, soulager les malades, les empêcher de souffrir de leur rein mobile, et leur rendre enfin la vie très supportable. Bien entendu, je parle des cas légers, de beaucoup les plus communs. Pour ce soutien, j'ai abandonné depuis longtemps les ceintures très difficiles à mettre, même pour le médecin, à plus forte raison pour la malade. Ces pelotes qu'on y annexe et qui doivent refouler le rein, ne refoulent jamais rien, car elles ne sont pas bien mises en place et si la ceinture soulage un peu, c'est que serrant le ventre, elle immobilise la masse intestinale et, par suite, le rein qui repose sur elle. Bien plus pratique est le port d'un corset droit, ne s'ouvrant qu'en avant, prenant les hanches, dont les busces vont jusqu'au pubis et qu'on ferme en laçant un lacet du bas vers le haut, s'arrêtant à quelque distance de l'estomac qui n'est pas comprimé : le corset ne serrant pas à la taille, tous les organes abdominaux se trouvent ainsi relevés de bas en haut; ce relèvement repousse le rein en place et l'y maintient. Depuis que je fais porter pareils corsets que j'ai ordonnés même à des hommes, un médecin entre autres, j'ai pu, dans plus des 2/5e des cas, voir des malades complètement soulagés et leur éviter une opération que je réserve à la classe ouvrière où l'achat d'un corset qui doit être souvent renouvelé, serait trop onéreux.

« La néphropexie reste donc pour moi la ressource ultime, efficace comme l'a dit M. Lucas-Championnière pour faire disparaître tous les troubles nerveux que le rein mobile a fait apparaître, mais qu'il ne fait naître, je le répète en terminant, que parce que ces troubles ne demandaient qu'une cause occasionnelle pour se manifester. »

DU BOSE (1908) [1]. — Tout rein déplacé mécaniquement, toute néphroptose uni ou bilatérale du deuxième degré, associée à des troubles rénaux ou à des troubles de l'estomac, du foie, des voies biliaires ou pancréatiques, réclament, dit l'auteur, une néphropexie. Dans tous les cas de rein flottant uni ou bilatéral du troisième degré, la néphropexie est urgente. L'absence de bons résultats consécutifs à cette opération se rencontre chez les sujets neurasthéniques et dans les cas où le rein mobile n'est qu'un incident au cours d'une entéroptose ou d'une splanchnoptose générale. Pour ce qui est des résultats obtenus chez les neurasthéniques, on peut dire que les mêmes défauts sont observés dans toutes les opérations chirurgicales faites chez ces malades, à cause de la persistance de leur état nerveux après l'opération, sans que bien souvent, les symptômes accusés aient trait le moins du monde à l'opération qui a été pratiquée. Même dans ces cas cependant, les troubles digestifs sont extrêmement améliorés, bien que les troubles nerveux subsistent. On ne saurait commettre néanmoins erreur plus grande, dit-il, que de promettre une guérison absolue des symptômes nerveux chez un malade qui est nettement neurasthénique.

DUPUY (1908) [2] distingue, au point de vue des indications opératoires, cinq formes au rein mobile : forme latente, forme douloureuse, forme dyspeptique, forme nerveuse, forme avec entéroptose.

1° *Forme latente.* — Dans le cas du rein mobile latent, c'est-à-dire du rein mobile qui ne se révèle qu'à l'examen et par sa seule mobilité, Dupuy conseille le port d'un bandage en se tenant prêt à intervenir dès l'apparition d'une complication.

2° *Forme douloureuse.* — La douleur est, d'après lui, la meilleure indication opératoire. Dans 88 p. 100 des cas, on a observé une guérison complète.

3° *Forme dyspeptique.* — La dyspepsie, par contre, bénéficie moins souvent de l'opération. Le résultat n'est pas toujours en rapport avec le degré de la dyspepsie. Il cite, à ce propos, le cas de M. Legueu qui guérit complètement par la néphropexie un malade qui avait une intolérance gastrique absolue. Dans d'autres cas, avec des troubles dyspeptiques moins prononcés, l'intervention ne

1. Du Bose. — *Amer. J. of Surg.* 1908, T. XXII, p. 165.
2. Dupuy, Thèse de Paris. 1907-1908.

donne aucun résultat. Dupuy en déduit que, seules, cèderaient rapidement au traitement chirurgical, les dyspepsies dues à des compressions ou à des coudures d'un segment quelconque du tube digestif, par le rein déplacé, — qu'au contraire, résisteraient à toute tentative chirurgicale, les dyspepsies d'ordre général, liées à des troubles neurasthéniques, à une entéroptose généralisée. Il conseille, tout en estimant que cela est fort difficile, de rechercher cliniquement si la dyspepsie est bien consécutive au rein mobile, si d'autre part, la contention du rein donne une amélioration des troubles digestifs. Ce sont là d'ailleurs toutes les idées que M. Legueu émettait en 1906.

4° *Forme nerveuse.* — C'est, dit Dupuy, dans les *formes nerveuses* que l'opération échoue le plus souvent. Dans la statistique de M. Albarran, la moitié des malades ont été guéris par la néphrorraphie, 14 p. 100 ont été améliorés et 36 p. 100 n'ont retiré au point de vue nerveux aucun bénéfice de l'opération. Toutefois, Dupuy conseille, quels qu'aléatoires que soient les résultats opératoires, dans les cas de phénomènes nerveux persistants, de faire courir au malade la seule chance de guérison, en fixant le rein. En effet, ou bien les troubles nerveux relèvent directement du rein mobile, par le mécanisme de l'hystéro-traumatisme interne, ou bien l'état nerveux est antérieur au rein mobile, ou est indépendant de celui-ci. Dans le premier cas, comme l'a démontré Charcot, la disparition de la lésion traumatique, amènera la régression des troubles nerveux ou bien la névrose continuera à évoluer. D'autre part, si la cause occasionnelle persiste, l'état névropathique augmente ; bien plus, et cela d'après M. Picqué, la néphrorraphie chez certains psychopathes avancés, donnerait des résultats satisfaisants. Néanmoins, avant de recourir à l'intervention sanglante, Dupuy recommande chez tous les nerveux l'essai préalable de tous les traitements médicaux et orthopédiques, l'échec du traitement chirurgical, chez beaucoup de ces malades, provoquant une aggravation de leur état mental.

5° *Forme avec entéroptose.* — Dans cette forme, il faut essayer de discerner la part qui revient à la néphroptose et n'opérer que dans le cas où le rein mobile paraît surtout en cause. Il faut toujours, ultérieurement, faire porter un bandage.

L'auteur se demande ensuite s'il y a lieu d'intervenir tout de même dans les cas où le traitement orthopédique a amené une

amélioration manifeste. Dupuy, à ce propos, refait comme Malterre un parallèle entre la cure radicale du rein mobile et la cure herniaire. Si la néphropexie, dit-il, est, comme la cure herniaire une opération bénigne, ce qu'elle est (1 p. 100 de mortalité), si d'autre part, elle supprime la possibilité des complications, c'est une opération à conseiller au même titre et pour les mêmes raisons que la cure radicale des hernies. Il ne faut pas oublier, en effet, que le rein mobile est souvent malade, enfin qu'il expose à des complications qui peuvent mettre la vie en danger, qu'elles soient d'ordre mécanique comme l'étranglement rénal ou l'hydronéphrose intermittente, ou d'ordre infectieux comme la pyélonéphrite et la pyonéphrose. La néphropexie évitera ces complications. En remettant le rein en place, on empêchera la coudure des vaisseaux, cause de congestion et de néphrite, la coudure des uretères, cause fréquente de petites rétentions, qui sont l'origine de l'hydronéphrose et des complications infectieuses.

W. BILLINGTON (1909)[1] étudiant les indications de la néphropexie, regarde cette opération comme un procédé chirurgical sûr et satisfaisant. Ce n'est pas la mobilité rénale, mais les troubles qu'elle provoque qui constituent d'après lui une indication opératoire. Toutes les fois où la douleur du rein mobile est assez intense pour diminuer la capacité de travail, l'indication à opérer est formelle. Le rein mobile peut d'autre part amener des troubles de l'appareil digestif et souvent, en de pareils cas, ces troubles résistent à toutes sortes de traitements généraux et médicaux; ils sont, par contre, grandement soulagés par la néphropexie. Quant aux cas où le rein mobile a provoqué des troubles nerveux variables, neurasthéniques, notamment, ils relèvent eux aussi de la néphropexie, et alors que d'autres remèdes n'ont pu arriver à guérir les malades ou n'ont produit qu'une amélioration temporaire, la néphropexie a donné de bons résultats. L'opération est encore plus indiquée quand le rein mobile est compliqué de folie.

LEGUEU (1910)[2]. — Le chapitre des indications et des contre-indications que l'on trouve à l'article du Rein mobile dans le récent

1. Billington (W.). *Brit. med. J.*, 1909, T. I, p. 1055-1059.
2. Legueu. *Traité chirurgical d'Urologie*, Paris, 1910, Félix Alcan, 1.300 p. p. 1104-1131.

traité de M. le Prof[r] Legueu contient la plupart des idées que M. Legueu énonçait déjà dans son opuscule sur le rein mobile en 1906. Nous ne résumerons donc pas tout au long ce récent article; nous nous contenterons de signaler quelques points particuliers.

« En France, dit M. Legueu, on opère peu le rein mobile et d'année en année, ces opérations se font plus rares. C'est une tendance générale et, seul à peu près, M. Lucas-Championnière s'insurge contre cette habitude ». Il ne faut, d'après M. Legueu, songer à l'opération que pour les reins mobiles qui font sentir d'une manière gênante leur mobilité; même pour ceux-là, l'indication de l'opération doit être mûrement réfléchie.

Au point de vue de la *douleur*, l'auteur insiste sur ce fait qu'une des meilleures preuves que la douleur est bien due à la mobilité rénale est la disparition de cette douleur par le repos et le décubitus. Quand les douleurs auront ce caractère on aura les plus grandes chances d'avoir de bons résultats avec la néphropexie, si les autres moyens sont restés inefficaces.

Quant aux troubles *dyspeptiques*, quand ils ne s'amélioreront que sous l'influence des moyens qui replacent le rein dans sa loge, il y a intérêt à chercher dans la néphrorraphie le moyen de les soulager.

A propos des *neurasthéniques*. M. Legueu recommande bien de ne pas opérer ceux de ces malades qui souffrent depuis longtemps et qui demandent, même à une opération, le soulagement qu'elles ont en vain demandé à la médecine. Mais si la neurasthénie est secondaire à la néphroptose, les conditions changent : dans ces cas, la neurasthénie, voire même l'hypocondrie et la mélancolie, peuvent devenir une indication opératoire.

Considérant le cas où le rein mobile est *bilatéral*, l'auteur dit qu'il est rare que des deux côtés l'opération soit nécessaire. Cependant la bilatéralité des douleurs peut conduire à l'opération; dans ces cas, les deux opérations seront consécutives plutôt que simultanées et on mettra entre elles un intervalle de trois à quatre semaines.

M. Legueu traite ensuite des indications opératoires dans le cas de complications. Il cite : l'albuminurie, l'hématurie, la tuberculose, le néoplasme, la rétention rénale qu'il est, dit-il, difficile de distin-

guer cliniquement de l'étranglement rénal, la pyélonéphrite qui est une complication assez commune.

Enfin, à côté de ces complications, il existe un certain nombre d'affections concomitantes : troubles génitaux, sur lesquels Siredey et Thiriar ont attiré l'attention, la scoliose, qui est une rareté, la dystocie, qui a été signalée (Salemi, Lautard), le diabète insipide, dont Héresco dit qu'il a guéri un cas par la néphropexie. Enfin, l'auteur revient sur la question de l'appendicite chronique et là-dessus son opinion n'a pas changé, puis il parle de l'entéro-colite muco-membraneuse. Cette dernière affection est très fréquente chez les neurasthéniques et les ptosiques en général ; aussi est-elle parfois au premier plan des accidents par son importance. A ce propos il cite les cas de formes graves du rein mobile de M. Bazy et conclut que ces cas ne sont guéris que par la néphrorraphie. Bien entendu, dans tous ces cas de complications, l'indication opératoire est formelle, mais le pronostic variable sera fonction des complications.

ROUVILLAIN (**1910**)[1] estime que l'intervention opératoire a des indications bien précises : 1° quand il existe une affection surajoutée à la mobilité rénale, assez grave pour devenir elle-même une indication opératoire ; 2° quand il existe des phénomènes douloureux persistants et rebelles qui paraissent en relation avec la mobilité rénale ; 3° quand il existe des troubles de compression par le rein déplacé. Et l'auteur de déclarer que la néphropexie est à l'heure actuelle une intervention bien décriée et peu employée, excepté du moins par quelques spécialistes. Cependant, cette opération fut à un moment à l'ordre du jour, on en a fait beaucoup, de nombreuses observations en ont été rapportées. Malheureusement il nous manque pour juger la méthode, dans beaucoup d'entre elles, des résultats éloignés et l'assurance que tous les accidents que présentait la malade relevaient bien du rein flottant. Il y a un fait, c'est qu'actuellement c'est une intervention considérée comme précaire et incapable, dans bien des cas, d'apporter un soulagement au malade.

Or, si les résultats qu'elle donne sont souvent bien incertains, puisqu'elle rencontre de nombreux détracteurs, a-t-elle bien tenu

1. Rouvillain. Thèse de Paris, 1909-10.

en réalité ce qu'elle avait promis? Autrement dit, la fixation du rein, telle qu'elle est décrite et appliquée le remet-elle véritablement dans sa position normale, c'est-à-dire anatomique? L'auteur déclare que non et c'est pourquoi il préconise son procédé de *fixation haute*.

PIERRE DELBET (1911)[1]. — Relatant un cas de rein mobile avec calcul dans le bassinet, M. le Prof[r] Delbet fait sur le rein mobile et la néphropexie un certain nombre de réflexions que nous reproduirons intégralement : « La néphropexie a une très mauvaise presse et certains médecins sont les premiers à la déconseiller. Ils ont grandement tort. Quelquefois le rein mobile ne donne lieu à aucun accident et c'est par hasard qu'on le découvre au cours de l'examen d'un malade qui nous consulte pour toute autre chose.

« Pour retenir un rein flottant, gênant, dans sa loge, on a inventé d'étroites ceintures, de petites sangles munies d'une pelote qui doit remettre et maintenir l'organe en place. L'idée de cette pelote me semble vraiment naïve ; pense-t-on, grâce à elle, agir sur une glande profondément placée dont elle est séparée par les téguments, la masse intestinale, l'épiploon, etc. Si l'on ne veut pas faire appel au chirurgien, c'est à la vaste ceinture soutenant tout l'abdomen qu'il faut recourir, à une ceinture poussant en arrière et en haut l'instestin; car on ne peut agir qu'indirectement sur le rein.

« L'art du corset a heureusement fait du progrès; les femmes ne recherchent plus l'exiguité des tailles de guêpe et acceptent en outre que leurs intestins soient soutenus. Si une bonne ceinture en cas de rein mobile n'a pas fait disparaître (ce à quoi elle réussit souvent) les troubles neurasthéniques dont il est le promoteur, on peut en tout espoir recourir à une intervention opératoire. La néphropexie, vous le concevez, est absolument inefficace si elle fixe un rein malade ; nul doute que la plupart de ses échecs n'aient pour cause l'absence d'un examen préalable de l'organe à remettre en place. Si le rein mobile est sain, si l'intervention est bien conduite, cette dernière constitue une opération excellente, tout à fait satisfaisante. De nombreuses personnes dont j'avais fixé le rein droit sont venues me prier d'en faire autant pour le second. Il est certain qu'elles

1. Delbet (Pierre). *La Clinique*, Paris 1911, T. VI, p. 421-424.

n'auraient pas sollicité cette seconde opération si elles ne s'étaient fort bien trouvées de la première.

« Quelques médecins prétendent qu'elle est contre-indiquée lorsque la ptose abdominale est généralisée. L'assertion est inexacte; malgré la gastro-entéroptose coexistante, on en retire d'heureux résultats.

MARION (1911)[1]. — Dans une leçon clinique faite à Lariboisière, à propos d'une malade opérée de rein mobile, notre maître M. Marion expose très rapidement ses idées sur la question. Il nous a paru inutile de faire un résumé même succinct de cet article, car ce sont les mêmes idées, mais très développées cette fois, que nous exposons dans notre thèse.

HARTMANN (1913)[2]. — M. le Prof[r] Hartmann publie sa statistique complète de néphropexies et formule son opinion, peu favorable, on le verra, sur cette opération.

... « Ces 35 néphropexies, écrit M. Hartmann portent sur 33 femmes et 2 hommes (2 présentant des signes d'uronéphrose intermittente du côté gauche avec disposition vasculaire anormale). 27 fois, il s'est agi d'une simple néphropexie; 3 fois la néphropexie a été précédée d'une néphrotomie exploratrice, les symptômes notés ayant fait penser à la possibilité d'une lésion rénale concomitante. 1 fois, elle a été accompagnée de l'incision d'un kyste; 1 fois d'un curettage utérin; 1 fois de la section d'un pédicule vasculaire anormal, sur lequel se coudait l'uretère; 2 fois d'une appendicectomie. Celle-ci fut des plus simples : par une incision du péritoine, à la partie antéro-externe de la plaie, nous avons attiré le cæcum et réséqué l'appendice.

« 13 fois sur 35, le rein était le siège manifeste de rétentions intermittentes.

« L'âge des malades a varié de 19 à 56 ans.

Au dessous de 20 ans.	1 cas
— de 21 — à 30 ans.	10 —
— de 31 — à 40 —.	20 —
— de 41 — à 50 —.	2 —
— au-dessus de 50 —.	2 —

1. Marion. *Journal des Praticiens*, 5 août 1911, p. 482-484.
2. Hartmann. *Travaux de Chir. anat.-clin.* 4[e] série. Paris, Steinheil; p. 320-322.

Dans l'immense majorité des cas, 31 fois sur 35, l'intervention a porté sur le rein droit.

Les résultats immédiats sont bons : Sur nos 35 opérés, nous ne notons qu'une mort due à des accidents pulmonaires aigus, sans que nous puissions incriminer avec certitude l'opération, la plaie s'étant comportée jusqu'à la mort survenue le 19e jour, d'une façon absolument aseptique.

« Les résultats éloignés ont toujours été excellents au point de vue de la fixation, et se sont maintenus excellents; au point de vue fonctionnel, ils ont été variables. Sur 8 néphropexies pour rein mobile avec uronéphrose intermittente, revues après longue échéance, 6 résultats ont été bons. Une malade a mené à bien une grossesse 2 ans après l'opération, une a subi une cholécytostomie, une enfin, après 10 ans de tranquillité absolue, a eu une crise douloureuse avec anurie temporaire, crise qui ne s'est pas reproduite pendant les 7 années qui ont suivi et que nous ne pouvons dès lors nous expliquer.

« Quelques faits semblent montrer que la néphropexie a une influence favorable sur le fonctionnement rénal, en général altéré dans les cas d'uronéphrose intermittente, où nous avons constaté un abaissement du taux centésimal de l'urée, qui remontait après l'opération. Chez une de nos opérées, alors qu'à gauche le taux de l'urée était resté le même qu'avant l'opération : 20 gr. 49, celui du rein droit s'était élevé de 12 gr. 8 à 15 gr. 3, 4 mois après l'opération. Chez une autre malade, alors que le taux centésimal de l'urée était resté sensiblement le même : 18 gr. 71 avant l'opération, 19 gr. 5, après l'opération, à gauche; du côté droit, il était monté de 1 gr. 78 à 9 gr. 8, neuf ans après l'opération. Sur 9 reins mobiles sans uronéphrose, suivis pendant une longue période après la néphropexie, nous trouvons 5 malades certainement améliorés, 4 dont les douleurs étaient probablement liées à une autre cause : 2 à une annexite, 2 à des troubles digestifs (dilatation et ptose d'estomac, entérite). En présence de la variabilité de ces résultats éloignés, malgré une bonne fixation du rein, nous pensons qu'avant de se décider à intervenir, il est nécessaire de faire un examen complet et minutieux du malade, de manière à s'assurer que la mobilité rénale est bien la cause principale des douleurs.

« Le fait que dans ces dernières années, nous n'avons presque

pas pratiqué de néphropexie, montre bien qu'en l'absence de rétention intermittente il nous a semblé que la mobilité rénale ne constituait qu'un élément dans un ensemble symptomatique complexe, le plus souvent une entéroptose. Le simple port d'une ceinture convenable, combiné à un régime approprié, nous a dans l'immense majorité des cas, donné des résultats fonctionnels supérieurs à la meilleure des néphropexies. Comme ceinture, nous conseillons le plus souvent la simple sangle de Glénard, à laquelle nous n'ajoutons jamais de pelotes latérales destinées à soutenir le rein, ces pelotes n'empêchant pas le glissement de l'organe, et étant même souvent une cause de douleurs. La ceinture ou le corset pneumatique d'Enriquez, nous a paru soulager beaucoup de malades, en particulier celles chez lesquelles à la ptose rénale est associée une dislocation considérable de l'estomac. »

Avant de terminer notre thèse, nous avons été demander à **M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** ce qu'il pensait de la néphropexie. Les idées de M. Lucas-Championnière n'ont pas changé. Il est toujours partisan convaincu de la néphropexie « bien faite ». A part les cas de rein mobile anatomique, c'est-à-dire de rein qui ne détermine aucun trouble, M. Lucas-Championnière n'admet comme contre-indications à la néphropexie que les contre-indications habituelles à toute intervention chirurgicale Il ne s'est jamais repenti d'avoir agi de la sorte, et cela après avoir pratiqué près de soixante-dix néphropexies.

Dans l'entretien que M. Lucas-Championnière, a bien voulu nous accorder, nous avons appris de lui qu'il avait revu récemment quelques-unes des malades qui sont citées dans sa publication de 1903 comme guéries depuis 13 et 14 ans; ces malades continuent à se bien porter, et cela après 21 et 22 ans par conséquent.

C'est M. Lucas-Championnière qui a eu l'obligeance de nous prêter le recueil d'observations de Suckling dont nous donnons par ailleurs un résumé succinct.

Nous avons été aussi demander à **M. PICQUÉ** si son opinion au sujet de la néphropexie chez les hystériques, les neurasthéniques et les aliénés s'était modifiée depuis son article paru en 1904 dans le *Traité de Chirurgie des Aliénés*. M. Picqué nous a déclaré que sa manière de voir n'avait pas changé; aussi nous en tiendrons-nous à ce que nous avons rapporté précédemment.

CRITIQUE DES INDICATIONS OPÉRATOIRES

Nous avons rapporté fidèlement dans le chapitre précédent la manière dont les auteurs comprenaient les indications opératoires. Nous avons pu ainsi nous rendre compte qu'il était très difficile de grouper dans une même vue d'ensemble les différentes opinions. Ou bien les indications opératoires sont posées sans ordre et il est pour ainsi dire impossible de s'y reconnaître, ou bien elles sont classées suivant les formes cliniques du rein mobile et la difficulté recommence, les formes étiquetées d'un même nom par différents auteurs n'étant pas toujours superposables ; telle forme, simple pour l'un, sera compliquée pour l'autre.

Ce défaut d'entente au sujet des formes cliniques du rein mobile tient surtout à ce que, comme le faisait remarquer M. Albarran dès 1895, rien n'est plus arbitraire que de vouloir distinguer au rein mobile des formes cliniques nettement isolées les unes des autres; les troubles douloureux, digestifs et nerveux s'associent dans le rein mobile d'une manière tellement intime, le degré de leur importance respective est si difficile à saisir, qu'il est absolument artificiel de vouloir faire rentrer tel ou tel cas de rein mobile dans telle ou telle forme clinique fixée d'avance.

Nous sommes donc dans l'impossibilité d'ordonner utilement les indications opératoires formulées par les différents auteurs. Nous ne pouvons dès lors que résumer les réflexions que nous a suggérées le long exposé que nous venons de faire.

Il est certain qu'en France comme dans les autres pays d'Europe et en Amérique, nous trouvons des partisans et des détracteurs de la néphropexie. Mais alors que la néphropexie occupe encore le monde chirurgical chez beaucoup de nos voisins, chez nous cette opération ne jouit plus que d'une mince faveur. « En France, écrit M. le Prof[r] Legueu dans son traité de 1910, on opère peu le rein mobile, et d'année en année ces opérations se font plus rares. C'est une tendance générale et seul à peu près M. Lucas-Championnière s'insurge contre cette habitude ». — M. le Prof[r] Hartmann ne cache pas son peu d'enthousiasme pour cette opération. — Par contre, M. Marion qui a eu l'occasion de faire depuis cinq ans plus de 30 néphropexies, se déclare convaincu de la valeur de cette opération. Nous avons eu en effet la bonne fortune de retrouver le plus grand nombre des malades ainsi opérés, et les résultats sont dans l'ensemble satisfaisants.

Voyons donc comment avec M. Marion nous comprenons les indications de la néphropexie.

Pour nous, toutes les fois où il est parfaitement établi que le rein mobile est directement en cause dans le complexus pathologique, nous estimons qu'il y a lieu de faire la néphropexie. Ceci élimine le rein mobile « anatomique », qui, à notre avis, ne réclame aucune intervention. Nous ne pensons pas, en effet, comme certains partisans trop zélés de la néphropexie, que tout rein mobile diagnostiqué doive être opéré.

Nous demandons donc au rein mobile de faire la preuve

qu'il est la cause totale ou partielle des troubles observés et toutes les fois que cette preuve sera faite, nous opèrerons, et cela quelle que soit la complexité des symptômes, réserves faites pour certaines malades atteintes de maladies nerveuses et dont nous reparlerons.

Ceci posé, trois cas sont à considérer suivant que le rein mobile s'accompagne de complications, ou qu'il n'entraîne que des troubles fonctionnels, ou enfin qu'il coexiste avec une maladie nerveuse vraiment caractérisée.

1°. — Rein mobile avec complications.

Nous commençons par cette catégorie, parce que tout le monde s'accorde dans ces cas à reconnaître la nécessité de l'opération, qu'il s'agisse de crises d'étranglement rénal, d'hydronéphrose, de néphrite, d'albuminurie, d'hématurie ou de compressions viscérales compliquant la néphroptose. Nous n'insisterons donc pas.

2°. — Rein mobile avec troubles fonctionnels.

Dans tous les cas où le rein mobile ne s'accompagne que de troubles fonctionnels, c'est-à-dire de *douleurs*, de troubles *digestifs* ou de troubles *nerveux* (maladies mentales mises à part) nous considérons l'opération comme absolument indiquée.

Bien entendu nous supposons que la preuve est faite de la corrélation de ces troubles fonctionnels avec la mobilité rénale.

Comment donc établir cette preuve?

Supposons le cas, de beaucoup le plus fréquent d'ailleurs

où le malade présente des troubles *douloureux*. De deux choses l'une, ou l'examen physique permet de rapporter les phénomènes douloureux au rein mobile et la question est réglée, ou l'examen nous laisse hésitant : dans ce dernier cas, il faut attacher la plus grande importance à l'influence du repos et du décubitus dorsal sur les douleurs. Si celles-ci ne cèdent pas dans ces conditions, il ne faut pas préconiser l'opération, elle est vouée à l'insuccès. Si, au contraire, les douleurs disparaissent ou s'améliorent, on peut opérer à coup sûr, on obtiendra un résultat favorable.

Si nous envisageons les cas, rares en somme, où les malades n'accusent aucun phénomène douloureux et où il n'existe que des troubles *digestifs* ou *nerveux*, nous verrons qu'ici la question est plus embarrassante. Là encore, évidemment, on peut avoir recours à l'épreuve du décubitus dorsal et du repos, mais les troubles digestifs et nerveux cessent dans ces conditions bien moins vite que les douleurs et l'épreuve devra être prolongée plus longtemps.

C'est dans ces cas surtout que l'examen minutieux et répété de son malade, montrant l'impossibilité de rattacher les troubles observés à une affection autre que le rein mobile, fournira une indication précise. Bien souvent, en effet, pour ces malades chez lesquels il est très difficile de savoir la part qui revient au rein mobile dans les troubles observés, le chirurgien ne se décide pas tout de suite; on essaie successivement tous les traitements médicaux possibles; ils échouent. Les malades reviennent au chirurgien, ils sont dans un état analogue, sinon pire. Devant cet échec de tous les traitements mis en œuvre, nous pensons qu'il ne faut pas hésiter à attribuer au rein mobile une bonne part des troubles observés et qu'il convient de proposer l'opération à ces malades. Le pronostic est évidemment réservé, mais un certain nombre de cures vraiment

remarquables obtenues dans ces conditions par un certain nombre de chirurgiens autorisent cette façon de faire.

Nous avons fait tout à l'heure des réserves pour les malades atteintes d'une affection nerveuse nettement caractérisée. Quand les malades, en effet, ne sont que des « nerveuses » sans étiquette précise, nous ne les distinguons pas des autres si nous pouvons nettement établir que le rein est bien en cause. Nous nous montrerons seulement un peu plus exigeant chez ces malades au point de vue des indications, et nous nous garderons, en tout cas, de promettre la guérison définitive.

3°. — Rein mobile et maladies nerveuses.

Pour les malades vraiment *hystériques*, ou *neurasthéniques* et pour les *aliénés*, en donnant à ces mots toute leur valeur, la question est beaucoup plus complexe. Il est souvent extrêmement difficile de dire la part qu'il faut faire au rein mobile dans l'état de ces malades. A part les cas de rein mobile avec complications, où la néphropexie n'est pas discutable, on peut dire que le plus souvent l'indication opératoire est difficile à poser et réclame une grande habitude de ces malades, si l'on ne veut pas courir le risque de leur nuire.

Certes, les résultats publiés par Suckling chez les aliénés sont extraordinairement satisfaisants ; on ne peut leur reprocher peut-être que d'être trop beaux. M. Picqué de son côté, a cité une observation très complète d'une « mélancolique hypocondriaque » guérie par la néphropexie.

En attendant qu'on soit tout à fait fixé sur ce sujet, il est certain que la plus grande réserve s'impose.

Ces indications données, nous ne reconnaissons comme

contre-indications à la néphropexie que les contre-indications habituelles à toutes les autres opérations chirurgicales; là-dessus encore nous n'insisterons pas.

Ceux qui liront l'énoncé de ces indications opératoires n'y trouveront pas sans doute de bien grandes différences avec celui que nous donnent les chirurgiens les moins enthousiastes de la néphropexie.

Mais alors, pourquoi posant des indications sensiblement analogues, se fait-il que les uns opèrent peu, les autres davantage le rein mobile? C'est que si les premiers estiment que la néphropexie est à coup sûr indiquée quand le rein mobile s'accompagne de tels ou tels troubles, ils n'ont du moins que peu de tendance à rattacher ces troubles au rein mobile. Parti pris, peut-être, chez quelques-uns, scepticisme chez d'autres? Et puis, ces malades ne sont-elles pas souvent des nerveuses, c'est-à-dire des malades chirurgicalement « indésirables » pour employer un néologisme en vogue.

Enfin, la mobilité rénale n'est pas toujours seule en cause; c'est une appendicite, une ou d'autres ptoses qui coexistent avec le rein mobile. Là encore, les chirurgiens peu friands de néphropexie trouveront une raison de mettre le rein hors de cause et de ne s'attaquer opératoirement, si faire se peut, qu'aux seules *lésions concomitantes*. Certes, nous ne sommes pas d'avis qu'il faille négliger ces lésions concomitantes, bien au contraire; il faut, et nous le répéterons plus loin, associer leur cure à celle de la ptose rénale sans redouter les opérations multiples; c'est une condition indispensable de succès. Mais ce que nous pensons avec Lucas-Championnière, Albarran, Bazy et d'autres encore, c'est que dans tous ces cas, le rein est souvent pour beaucoup et beaucoup plus qu'on ne croit dans le complexus pathologique.

REVUE GÉNÉRALE
DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Les débuts de la néphropexie.

C'est Hahn[1] qui, en 1881, eut le premier l'idée de la néphropexie. Au début, il se contentait de six à huit points de suture au catgut qui fixaient la capsule graisseuse non ouverte au bord de la plaie qui était remplie de gaze phéniquée.

Robert Weir[2], de New-York, Hayes-Agnew[3] de Philadelphie, Turgard[4], de Lille, imitèrent la méthode de Hahn.

Devant les deux insuccès qu'il obtint par l'emploi de ce procédé, Hahn se décida à passer les fils, non seulement dans la capsule adipeuse, mais au-dessous de la capsule fibreuse. Il obtint ainsi des résultats meilleurs.

Il se risqua même à intéresser la partie la plus superficielle du rein, ce que firent également, en 1882, Delhaes[5] et Bassini.

Dès lors, la méthode transparenchymateuse était créée.

C'est elle que nous allons maintenant étudier.

1. Hahn. *Centr. f. Chir.*, 1881. T. VIII, p. 449-452.
2. Weir Robert. In thèse Vanneufville, p. 47.
3. Hayes-Agnew. *Medic. New.* Philad., 1887. T. L. P., 116-118.
4. Turgard. In thèse Vanneufville, p. 47.
5. Delhaes. In thèse Faraggi, p. 55-56.

Procédés de néphropexie transparenchymateuse.

Deux tendances vont se manifester : tandis que les uns s'efforceront de pénétrer le moins possible dans le parenchyme rénal, les autres vont pénétrer hardiment dans celui-ci. D'où deux groupes de procédés que nous étudierons séparément.

Premier groupe. — Les points de suture transparenchymateux n'intéressent que la corticalité de l'organe.

Procédé de BASSINI[1]. — L'opérateur découvre le bord convexe du rein et une partie de la face antérieure. Il applique un premier point de suture au catgut au milieu du bord convexe ; un deuxième point sur la face postérieure, sur la limite du bord convexe ; ce point prend en même temps les tissus profonds de la lèvre postérieure de la plaie. Un troisième point est placé de la même manière sur la face antérieure, près du bord convexe, qu'il réunit à la lèvre antérieure de la plaie. Ces trois points de suture au catgut pénètrent très peu dans le parenchyme rénal.

Pour mieux fixer le rein, le tissu graisseux qui recouvre la moitié inférieure de cet organe est divisé en quatre chefs et chacun d'eux est réuni, le premier aux parties molles du bord inférieur et de la face externe de la onzième côte ; le deuxième, un peu au-dessous de cette côte, à la lèvre antérieure de la plaie ; le troisième, à la lèvre postérieure ; le quatrième, qui correspond à l'extrémité inférieure du rein, est réuni aussi à la lèvre postérieure de la plaie, à un travers de doigt au-dessous du précédent et à deux travers de doigt au-dessous de la douzième côte. Drainage et paroi.

L'auteur recommandait, pour obtenir des adhérences plus solides de frotter la surface du rein avec une solution de chlorure de zinc à 8 p. 100.

1. Bassini. *Ann. univ. de Méd. et Chir.*, 1882, T. CCLXI, p. 281-286.

Procédé de DURET [1]. — Incision lombaire. Le rein étant reconnu, on pratique une incision cruciale de la capsule graisseuse. On décolle avec le doigt les quatre lambeaux angulaires de la capsule dans l'étendue convenable. L'hémostase établie et les ligatures faites, on procède à la fixation.

Il convient, dit Duret, de fixer le rein et par sa capsule propre et par sa capsule adipeuse. La fixation par la capsule adipeuse permet seule, d'après lui, la formation d'un ligament cicatriciel. Mais la fixation de la capsule propre sert comme moyen d'attente; elle soutient mieux le rein, elle empêche les fils de déchirer la capsule adipeuse. A l'aide d'aiguilles courtes, l'auteur passe cinq ou six fils de soie à travers la capsule propre du rein et aussi un peu dans la substance corticale. Il fait ensuite pénétrer les fils dans le périoste de la onzième côte ou à travers les parties profondes de l'extrémité supérieure de la plaie. Le rein apparaît ainsi comme soutenu par de petits cordages. Dans chaque angle de la capsule adipeuse, l'auteur place dix à douze fils de soie qui vont ensuite traverser les muscles et les parties profondes de la plaie, en divers points de sa périphérie, surtout dans la région supérieure. Aucun de ces fils n'est fixé à la peau. Une portion très notable de la capsule adipeuse se trouve ainsi comprise entre les lèvres de la plaie et se soude avec cette dernière.

Au sujet des fils qui traversent la capsule fibreuse et un peu du parenchyme rénal, Duret recommande bien de ne pas les serrer trop fortement quand on les lie à la côte ou à la paroi, car, dit-il, la capsule propre et la couche corticale sont facilement coupées. Ce ne sont d'ailleurs, d'après lui, que des fils de soutien qu'il n'est pas nécessaire de serrer jusqu'à l'affrontement. Drainage. Paroi avec dix à vingt points séparés, au fil d'argent ou au crin, dans toute l'étendue de la plaie lombaire.

Procédé de LANE [2]. — Ce procédé ressemble beaucoup à celui de Duret. L'auteur incisant la capsule adipeuse suivant ses rayons, forme ainsi dix lambeaux qu'il décolle jusqu'à la base du rein. Il fixe le rein, comme Duret, puis ces lambeaux de forme triangulaire, à la plaie opératoire.

1. Duret. *Journ. Sc. méd. Lille*, 1888, T. II, p. 49-73.
2. Lane A. *Brit. med. Journ.*, 1892, T. I. p. 814.

Il est un procédé qui aurait sa place ici. C'est le *procédé de Bazy*.

M. Bazy pénètre moins encore que Duret dans le parenchyme rénal et, d'après ce que dit Malterre dans sa thèse, c'est en 1885, que M. Bazy aurait appliqué pour la première fois son procédé; la place de celui-ci serait donc entre celui de Bassini et celui de Duret.

Quoi qu'il en soit, M. Bazy s'efforçant de plus en plus de ne pas pénétrer dans le rein, finit par ne plus passer son aiguille que juste sous la capsule fibreuse, comme l'avaient fait Hahn et Bassini. Ainsi se crée un groupe spécial de procédés de néphropexie que nous appellerons les *procédés à fils sous-capsulaires.* C'est dans ce groupe, que nous placerons après les procédés transparenchymateux, que nous décrirons le procédé de M. Bazy. Nous tenions seulement à la mentionner ici à sa place chronologique.

Deuxième groupe. — **Les fils sont passés franchement dans la substance rénale.**

Ce fut Küster [1] en 1883, puis Swennson [2] qui les premiers traversèrent hardiment le parenchyme. D'autres auteurs les imitèrent bientôt et les procédés se multiplièrent.

A. — Procédés transparenchymateux simples.

Procédé de CECCHERELLI [3]. — Incision suivant le bord externe du carré des lombes; ouverture de la capsule adipeuse, dégagement du rein. L'auteur passe à travers le parenchyme rénal quatre à six points de gros fil de soie : il les noue d'abord sur le rein lui-même de façon que le rein soit soutenu et ne se déchire pas. Il fait passer les deux premiers fils à cheval sur la onzième et la douzième

1. Küster. In thèse Malterre, p. 27.
2. Swennson. In thèse Malterre, p. 27.
3. Ceccherelli. *Rev. clin. di Bologna,* 1884. T. IV, p. 289-319.

côtes et les autres à travers le carré des lombes et la masse sacro-lombaire. Avant de serrer les nœuds il excise la portion exubérante de la capsule adipeuse, c'est-à-dire tout ce qu'il peut attirer dans la plaie, cherchant ainsi à diminuer la poche rénale. Il noue alors les fils qui viennent ainsi à avoir une disposition en 8 : le parenchyme rénal est compris dans la première anse, les parties périphériques (côtes et muscles) dans la seconde. Suture de la plaie sans drainage.

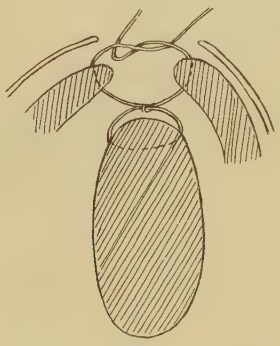

Fig. 1. — Procédé de Ceccherelli (schéma).

Procédé de GUYON[1]. — Incision lombaire curviligne. On dénude le rein et l'on résèque une partie de la capsule adipeuse. Ceci fait, on va fixer le rein par trois fils doubles. Le *premier fil* sera placé à peu près à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs du rein; avec une longue aiguille de Reverdin, on traverse le rein d'arrière en avant à douze ou quinze millimètres de profondeur, au-dessous de son bord convexe et on ramène l'aiguille chargée d'un fil double de catgut n° 2. Ce fil doit avoir, étant doublé, de quarante à quarante-cinq centimètres de longueur. L'anse du fil est alors coupée et l'on a ainsi, passant à travers le rein, à côté l'un de l'autre, deux fils dont les extrémités se trouvent sur les faces antérieure et postérieure de l'organe. On fait alors un nœud double avec les deux fils qui passent en avant, de manière à ce que le nœud touche la capsule propre du rein; on noue de même, entre eux les deux bouts de fil qui sortent par la face postérieure. A ce moment de l'opération, le rein est traversé par deux fils, noués

1. Guyon. *Bull. Acad. Méd.* 1889, 2e S. T. XXI, p. 239-250 et in *Revue Thér. méd.-chir.* 1895, T. LXII, p. 747-750.

entre eux, sur ses faces antérieure et postérieure, au moment de leur entrée et de leur sortie du parenchyme. Les deux chefs libres sont tenus en avant et en arrière par des pinces hémostatiques. Un *second fil* double est passé au niveau de la partie moyenne du rein, à deux centimètres de profondeur. Le *troisième fil* est placé comme

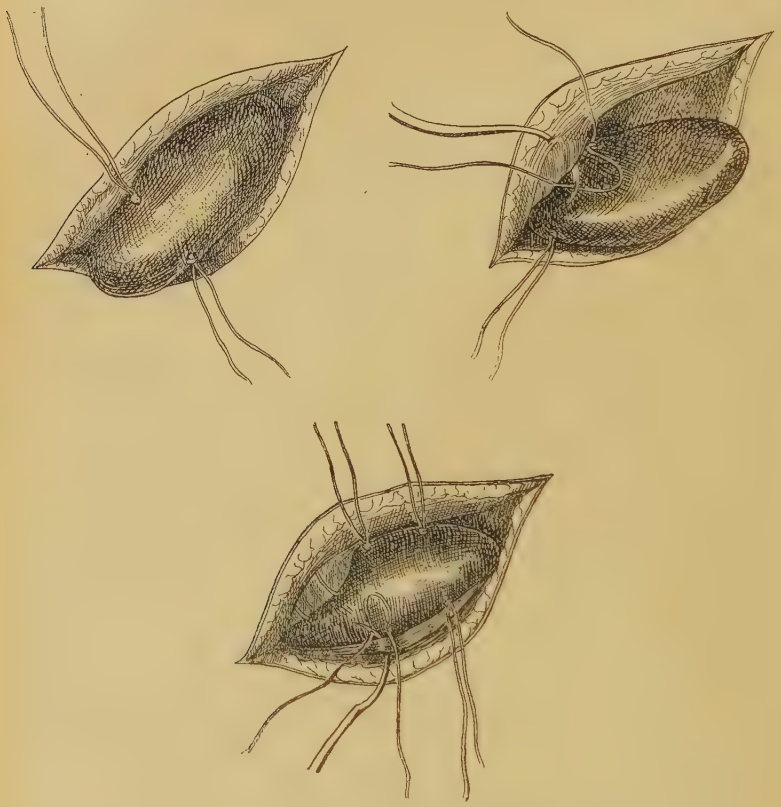

Fig. 2, 3, 4. — Procédé de Guyon (d'après Albarran).

le premier un peu moins profondément à la jonction des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur. En moyenne, il faut laisser entre chaque fil deux centimètres et demi de tissu rénal.

Il ne faut pas craindre de passer les fils assez profondément pour bien fixer le rein; la piqûre de l'aiguille ne donne lieu qu'à un saignement sans importance, qui est facilement arrêté par une douce pression digitale de quelques instants, lorsqu'il se prolonge. D'un

autre côté, il ne faut pas passer les fils trop profondément, pour éviter l'ouverture des calices, par crainte d'une fistule urinaire. Les fils supérieurs sont passés autour de la douzième côte et si celle-ci est trop courte ils sont fixés au ligament vertébro-costal; le second et le troisième fils sont fixés, par leurs chefs postérieurs, au bord du carré des lombes, par leurs chefs antérieurs, aux muscles abdominaux. On refait ensuite la paroi en suturant les muscles au catgut et la peau au crin, après drainage.

M. ALBARRAN a employé longtemps le procédé de Guyon. Il insistait sur ce fait qu'il fallait bien débarrasser le rein de son atmosphère graisseuse pour empêcher qu'elle ne s'interpose entre le rein et les plans musculaires. Pendant un certain temps, M. Albarran irritait légèrement la capsule propre avec une solution forte d'acide phénique.

Procédé de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE[1]. — L'auteur passe dans le rein ordinairement trois groupes de fils doubles, soit six fils, quelquefois cinq, soit dix fils. Il se sert de catgut extrêmement gros. Chaque fil, après avoir traversé le rein, est passé dans les plans musculaires et aponévrotiques qui forment les lèvres de la plaie lombaire. On cherchera, dit l'auteur, à fixer le plus haut possible; mais il insiste sur ce point, qu'il convient de serrer très peu les fils. Après une antisepsie minutieuse, l'auteur referme. Il place constamment un petit drain, non pas dans la plaie profonde, mais sous la peau.

Procédé employé par M. HARTMANN[2]. — Le rein dénudé, on passe une série de catguts à travers son parenchyme pour le fixer. Ces fils sont passés à 1 cent. 1/2 environ du bord convexe du rein, qu'ils traversent de part en part et répartis au nombre de 4 ou 5 sur toute la longueur du bord convexe. Les chefs de ces fils sont repassés à travers le carré des lombes en arrière, l'aponévrose du transverse en avant, puis noués sans être trop serrés, de manière à ne pas couper le tissu rénal. La paroi musculaire postérieure de l'abdomen est reconstituée au-dessus de cette suture de fixation

1. Lucas-Championnière. *Jour. Méd. chir. prat.* Mai 1889, T. LX, p. 193-198.
2. Hartmann. *Traité des Org. gén.-ur.*, p. 291-292. Steinheil, 1904.

par un plan de sutures perdues au catgut. Enfin la peau est réunie au crin, sans drainage.

Procédé de GODART-DANHIEUX[1]. — Ce procédé consiste à passer quatre fils transparenchymateux, mais au lieu de les fixer aux deux lèvres de la plaie, les auteurs préfèrent ne les fixer qu'à une des lèvres, la postérieure, de manière à pouvoir s'assurer exactement de la position que prend le rein au moment où on noue les fils. Les auteurs sont partisans de la *fixation basse*. La fixation haute, pour eux, est difficile et parfaitement inutile.

Procédé de NOBLE[2]. — Après incision lombaire et dégagement du rein, la fixation se fait par trois fils métalliques dont le supérieur est attaché à la douzième côte. S'il y a lieu, l'auteur place des points intermédiaires au catgut. Paroi : réunion par première intention.

Procédé de HAMONIC[3]. — C'est une transparenchymateuse avec trois fils de soie. Chaque fil est d'abord passé dans les lèvres musculaires de la plaie, puis à travers la peau ; celle-ci est alors réunie par des points séparés et ce n'est que lorsque la suture cutanée est terminée, que l'auteur noue ses trois fils de soie qui ne sont de la sorte que des fils *temporaires*.

Procédé de CATHELIN[4]. — L'auteur schématise son procédé en 4 temps :

1er TEMPS. — Traversée du parenchyme rénal par 2 fils simples de catgut n° 2 dirigés obliquement et se croisant en croix de Saint-André, vers le milieu du rein, chacun de ces fils passant à 1 centimètre du bord convexe, pénétrant à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, pour ressortir à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur, la traversée se faisant avec une aiguille droite (quadrilatère d'attaque ou de fixation).

2e TEMPS. — On noue les 2 fils en haut et en bas avec 3 à 4 nœuds, un peu loin du rein.

1. GODART-DANHIEUX. *Soc. belge de Chir.*, 1893. T. I, p. 404-420.
2. NOBLE. *Americ. med. Assoc.* 1900. T. XXXV, p. 1517-1520.
3. HAMONIC. *Assoc. fr. d'Urol.*, 1901, 5e session, T. V, p. 100-104.
4. CATHELIN. Communication à l'*Associat. fr. d'Urologie*, 1912, 16e session, p. 567-570.

3e temps. — On suspend le rein par les 2 fils supérieurs soit à la côte, soit à son périoste externe, soit au Henle.

4e temps. — On noue les 2 autres après la traversée musculaire antérieure et postérieure (muscles antéro-latéraux et sacro-lombaire).

B. — Procédés transparenchymateux avec fixation de la capsule graisseuse.

Procédé de WILLIAM GARDNER[1]. — Incision lombaire. Arrivé sur le rein, l'auteur incise la capsule adipeuse et fixe les deux lèvres de l'incision capsulaire aux deux bords de la plaie lombaire. Ceci fait, il passe à travers la substance rénale deux fils solides (tendons de kanguroo) trempés dans l'acide chromique; ces fils sont séparés l'un de l'autre par une distance de six centimètres environ. Il ramène ensuite les extrémités de ces fils au dehors en leur faisant traverser les deux lèvres de l'incision lombaire. Il place un drain dans l'angle inférieur de la plaie ; il noue ensuite les fils transparenchymateux. Réunion par première intention.

Procédé de KUSTER[2]. — Incision parallèle à la douzième côte. La capsule est incisée transversalement et on la détache à la manière d'un capuchon, de manière à libérer complètement le pôle inférieur du rein. L'auteur passe alors deux anses de fil métallique au niveau de ce pôle inférieur et les fixe à la douzième côte. Quant aux lambeaux de capsule graisseuse, ils sont suturés aux muscles sacro-lombaire et carré des lombes. Suture de la paroi en plusieurs plans. Quant aux fils métalliques, ils seront, si besoin est, retirés dans une intervention ultérieure.

C. — Procédé transparenchymateux avec tamponnement et réunion par seconde intention.

Procédé de VOLTZ[3]. — Incision lombaire verticale de Simon, Le rein est sorti de sa loge par sa face abdominale et amené dans

1. William Gardner. In thèse Vanneufville, p. 48.
2. Kuster. In thèse Malterre, p. 27.
3. Voltz. Thèse de Giessen, 1908.

la plaie. Il est fixé aux muscles par trois ou quatre fils de soie passés à travers la capsule fibreuse et la parenchyme rénal. Les fils supérieurs sont attachés au périoste de la douzième côte. Entre les fils, on insinue des tampons qui resteront le plus longtemps possible afin de provoquer une solide cicatrisation. L'auteur attache une grande importance à ce tamponnement.

D. — Procédés transparenchymateux avec des ligaments vivants.

Procédé de POULLET et VULLIET [1]. — Dans un *premier temps*, on fait une incision pour bien mettre le rein à nu; ceci fait, on ferme provisoirement la plaie avec des pinces à griffes. Pour pra-

Fig. 5. — Procédé de Poullet et Vulliet (d'après les auteurs).

tiquer le *deuxième temps*, on incise à deux centimètres de l'épine dorsale et parallèlement à elle, de telle sorte que le milieu de l'incision corresponde à la première lombaire. Après incision des téguments et de l'aponévrose dorsale, on charge sur une sonde cannelée un des tendons du long dorsal qui s'insère à l'apophyse épineuse de la première lombaire. Ce tendon qui est large comme un gros lacet de bottine, est soulevé jusqu'à ce qu'on puisse

1. Poullet et Vulliet. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1895. T. XV, p. 326-332.

insinuer deux doigts par dessous. En exerçant des tractions, le ruban tendineux finit par arracher ses insertions musculaires vers l'épaule. Il mesure en général de vingt-deux à vingt-quatre centimètres de long. On se trouve alors en possession du futur ligament rénal. Le *troisième temps* consiste à ouvrir à nouveau la plaie d'abord rénale. Au moyen d'un long et fort stylet, l'opérateur transperce la couche musculaire postérieure de dedans en dehors et fait passer le tendon dans l'ouverture du stylet. Alors commence le *quatrième temps*. Il consistera à transpercer en séton le rein, de bas en haut sur sa face postérieure, près de son bord externe. Pour cela, les auteurs utilisent une petite spatule métallique mousse, un peu plus large que le tendon et munie d'un chas. Lorsque le tendon a été passé au travers du rein, on réduit ce dernier. L'extrémité du tendon est passée de nouveau à travers la paroi musculaire postérieure, mais cette fois, de dedans en dehors. On fixe alors le bout libre à la plaie postérieure. La fermeture des deux plaies ne présente rien de spécial.

Procédé de BECK[1]. — Il ne diffère du procédé de Poullet et Vulliet que par la manière de passer le tendon du long dorsal à travers le rein. Au lieu d'une spatule, Beck emploie un gros trocart dans lequel il a engagé au préalable le tendon.

Procédé de MORISANI[2]. — Incision curviligne. On taille dans le fascia transversalis, deux lambeaux en forme de rubans ; on dégage le rein, et on y fait deux incisions de deux centimètres environ de longueur, l'une au niveau du pôle supérieur, l'autre au niveau du pôle inférieur. Les ligaments fibreux sont entrecroisés, puis fixés dans les incisions rénales avec de la soie, de façon que le ligament inférieur soit dans l'incision supérieure et le ligament supérieur dans l'inférieure. Suture de la paroi en divers plans.

Procédé de DEROCQUE et BATIGNE[3]. — Les auteurs ruginent la douzième côte, puis la resèquent. Ils passent le lambeau périostique à travers le rein et vont fixer son extrémité aux muscles du

1. Beck. *N.-York med. Journ.*, 1901, T. LXXIV, p. 1051.
2. Morisani. In thèse Lepoutre, p. 49.
3. Derocque et Batigne. In thèse Lepoutre, p. 48.

onzième espace intercostal. Ce procédé n'a jamais été employé que sur les animaux. Il a donné une bonne fixation : le lambeau périostique est resté vivace, le tissu rénal était peu altéré.

Procédé de MARIANI[1]. — L'auteur réédite le procédé de Derocque et Batigne en traversant le pôle supérieur du rein avec un lambeau périostique obtenu en dépouillant et en réséquant le douzième côte. Même fixation du lambeau que dans le procédé précédent et mêmes constatations.

Procédé de SOTTOCASA[2]. — L'auteur fait une incision lombaire et attire dans la plaie le bord convexe du rein. Au milieu de son tiers supérieur, on pratique au bistouri une incision longue de deux à trois centimètres, qui s'enfonce de un centimètre dans la profondeur du rein. On détache alors du carré des lombes un petit lambeau musculaire large de 1 centimètre ; on le transporte dans la plaie rénale, où on le fixe avec une soie, qu'on évite de trop serrer. L'auteur ajoute à cette fixation musculo-parenchymateuse deux points de suture passant uniquement sous la capsule, l'un vers la partie supérieure, l'autre vers la partie inférieure.

Le procédé de Newmann que nous allons décrire maintenant, va nous servir de transition entre les procédés transparenchymateux et les procédés à fils sous-capsulaires, la transfixion étant ici purement temporaire.

Procédé de NEWMANN[3]. — Après incision lombaire et dégagement du rein, sans ouverture de la capsule adipeuse, l'auteur passe une première anse de soie à travers le parenchyme rénal, de façon à maintenir l'organe au niveau de la plaie. Il place ensuite cinq à six points de catgut « en arc de cercle » : ces points comprenant à la fois les deux capsules adipeuse et fibreuse du rein, il sont fixés à la plaie le plus haut possible. L'auteur laisse la plaie ouverte, de façon à obtenir une guérison par le procédé de « granulation » qu'il préfère à la réunion par première intention. Le fil

1. Mariani. *Gaz. di Hop.* Milan, 1904. T. XXV, p. 955.
2. Sottosasa. *Clin. chir.* Milan, 1898. T. VI, p. 269-273.
3. Newmann (D.). In thèse Lepoutre, p. 48.

de soie, qui est un fil temporaire, est retiré ultérieurement. Quant aux fils de catgut en « arc de cercle », l'auteur recommande que l'arc fermé par ces fils soit de plus en plus grand à mesure qu'on descend. De la sorte, dit-il, quand on attire les fils, les inférieurs, au commencement les plus longs, se raccourcissent plus que les supérieurs et font remonter le rein.

Procédés de néphropexie à fils sous-capsulaires.

Dans tous ces procédés, les auteurs auront le souci de ne pas entamer le parenchyme rénal.

Procédé de BAZY[1]. — Ce procédé aurait été appliqué pour la première fois en 1885.

Après incision lombaire oblique, on sectionne de haut en bas à l'aide de ciseaux la couche cellulo-adipeuse péri-rénale. Le rein étant largement mis à découvert, on procède à sa suture de la façon suivante : on place trois catguts (n° 3), le 1er au niveau de l'équateur du rein, le 2e au-dessous de sa partie moyenne et le 3e au voisinage de l'extrémité inférieure. Tous ces fils de catgut sont situés sur la face postérieure de l'organe et placés transversalement, en rasant de très près sa surface. Les orifices d'entrée et de sortie des fils sont distants de 3 centimètres environ. Ces fils seront passés immédiatement sous la capsule fibreuse, n'intéressant que très peu le parenchyme rénal. Les deux fils supérieurs, c'est-à-dire celui qui est passé au niveau de l'équateur du rein et celui qui est intermédiaire à ce dernier et au fil qui traverse l'extrémité inférieure, sont passés au moyen d'une aiguille courbe dans le onzième espace intercostal qu'ils traversent d'avant en arrière. Quant au fil inférieur, il est passé au-dessous de la douzième côte qu'il rase de très près. Chacun des chefs de ce dernier fil passe à travers une des lèvres de l'incision musculaire. Le rein est ensuite remonté en masse dans sa loge, en tirant doucement sur les fils supérieurs en même temps qu'on pousse le rein par son pôle

1. Bazy. In thèse Malterre, p. 36-43.

inférieur. On noue alors les fils supérieurs en exerçant une traction très douce. Quant au fil inférieur, on le serre fortement.

On recueille et on tasse entièrement contre l'extrémité inférieure du rein la capsule cellulo-adipeuse, et cela au moyen d'un surjet de catgut n° 2 qui remonte ainsi la capsule graisseuse au-dessous du rein et la fixe. On forme ainsi avec cette capsule une sorte de hamac qui contribuera beaucoup dans la suite à maintenir le rein en place. Les chefs du surjet de catgut sont passés pour terminer à travers les lambeaux musculaires appendus au bord inférieur de la douzième côte. On suture ensuite la plaie musculaire par un surjet de catgut très serré. Suture de la peau au crin de Florence.

Procédé de DU BOSE[1]. — L'auteur emprunte à Shoemaker, à Broedel, à Goelet, à Longyears. Incision lombaire. La capsule adipeuse est ouverte longitudinalement. Un premier point de

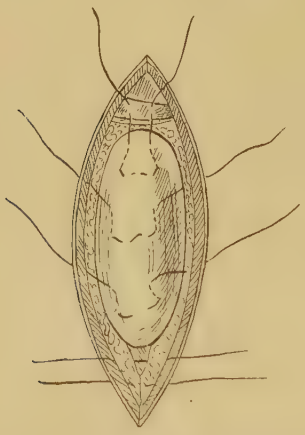

Fig. 6. — Procédé de du Bose (d'après l'auteur)

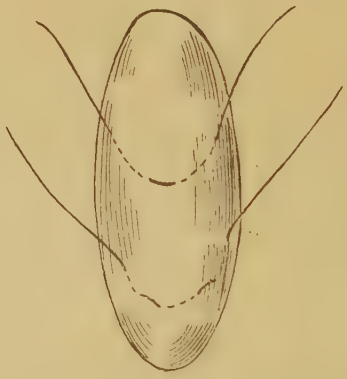

Fig. 7. — Procédé de Goelet (schéma)

suture est placé sur les deux lèvres de la capsule adipeuse, juste au-dessous du rein, de manière à l'empêcher de glisser dans la loge capsulaire (Shoemaker). Ce soutien permettra de placer les autres points de suture.

Un catgut chromé, ou un fil de lin, est passé sous le périoste de

1. Du Bose. *Amer. Journ. of Surg.* 1908. T. XXII, p. 165.

la douzième côte, puis dans la capsule fibreuse, à la jonction du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de la face postérieure du rein, d'après le procédé de Broedel. Le catgut est repassé ensuite à travers le périoste et noué sur la côte. Deux autres sutures sont placées de façon semblable sous la capsule, au milieu puis au tiers inférieur de la face postérieure de l'organe. Pour ces deux sutures, l'auteur se sert de catgut fin. Ces deux catguts, après avoir été passés sous la capsule, sont passés au travers des muscles et de la peau, à sept centimètres plus haut que leur point de pénétration dans la capsule fibreuse. L'auteur insiste sur ce fait, que ces deux points de suture ne doivent pas traverser la capsule graisseuse. Une cinquième suture, au catgut chromé, traverse au niveau de la partie inférieure de la plaie les lèvres musculaires, la capsule graisseuse et le ligament « néphrocolic » (Longyears). Aucun drainage.

Procédé de RICHARDSON[1]. — Ce procédé consiste à passer quatre fils de soie sous la capsule fibreuse, au niveau du bord externe du rein, ces fils étant noués sur la peau après qu'on leur a fait traverser la couche musculaire des deux lèvres de l'incision. Les fils sont enlevés quinze jours après.

Il s'agit là d'un procédé sous-capsulaire à fils *temporaires*.

Procédé de GOELET[2]. — Incision le long du bord externe des muscles spinaux. Résection d'une partie de la capsule adipeuse. Sutures au boyau de ver à soie et avec une aiguille très fine : première suture au milieu du rein, deuxième au tiers inférieur. Celle-ci est passée de dehors en dedans jusque sous la capsule fibreuse pendant environ un demi-pouce, puis une deuxième et une troisième fois, en tout, trois passages successifs, le premier un peu oblique en bas et en dedans, le troisième en haut et en dedans. La première suture ne comprend que deux insertions également obliques l'une sur l'autre ; les sutures traversent toute la paroi au niveau de la dernière côte et sont fixées sur un paquet de gaze pour empêcher de couper la peau. Sur le pôle inférieur du rein, on place des mèches pour draîner et produire une inflammation, source d'adhérences.

1. Richardson. *Boston med. Surg.*, 1888. T. CXVIII, p. 593-598.
2. Goelet. *Med. Record*, T. LXI, 1902, p. 182.

C'est un procédé sous-capsulaire avec *tamponnement* et réunion par *seconde intention*.

Procédés de fixation transparenchymateuse avec décapsulation.

Nous avons réparti ces procédés en un certain nombre de groupes.

Premier groupe. — La partie décortiquée de la capsule est excisée.

Procédé de LLOYD[1]. — Après incision verticale le long du bord externe de la masse sacro-lombaire, on passe deux fils de catgut à travers le rein, l'un à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure. On décortique ensuite et on résèque la capsule fibreuse le long du bord convexe, en ayant soin de ne pas dépasser le niveau des anses de catgut. Les catguts sont ensuite fixés au carré des lombes.

Procédé de TUFFIER[2]. — Incision lombaire oblique. On déchire d'abord la capsule graisseuse avec les doigts, puis on traverse l'extrémité inférieure du rein et sa partie moyenne avec un fil de catgut; à la partie supérieure on met une soie plate. On fait alors la décortication de la partie de la capsule propre comprise entre les fils. Le fil de soie supérieur est fixé au périoste de la douzième côte; quant aux fils de catgut, ils traversent la plaie musculo-aponévrotique et sont serrés modérément. On fait alors une suture en surjet, à quatre étages, dans les plans musculo-aponévrotiques avec du catgut. Crin de Florence sur la peau. Habituellement pas de drainage.

Quand M. Tuffier imagina son procédé (1888), il ignorait les travaux de Lloyd (1887). C'est pourquoi nous avons rappro-

1. Lloyd. In thèse Lepoutre, p. 49.
2. Tuffier. In thèse Faraggi, p. 65-67

ché les deux procédés, que l'on désigne d'ailleurs communément sous le nom de procédé de Lloyd-Tuffier.

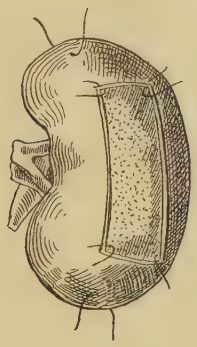

Fig. 8

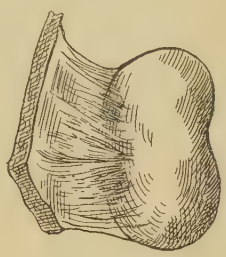

Fig. 9

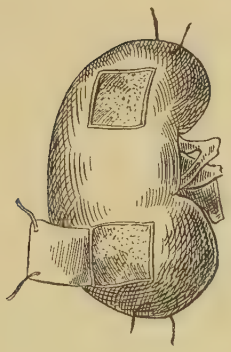

Fig. 10

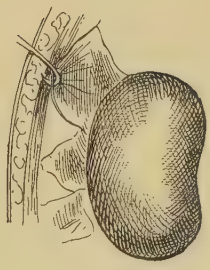

Fig. 11

Fig. 8, 9, 10, 11. — Expériences de M. Tuffier montrant les ligaments obtenus par la décapsulation partielle; ces ligaments sont limités à l'étendue de la zone décortiquée (d'après Tuffier).

Procédé de HERCZEL[1]. — Incision de Simon, dégagement du rein. L'auteur sectionne longitudinalement la capsule propre, la décolle et la résèque sur l'étendue de deux centimètres. Ceci fait, il fixe le rein aux muscles pariétaux par des points de catgut transparenchymateux. Ce procédé se rapproche beaucoup, comme on le voit, du procédé de Lloyd-Tuffier.

1. Herczel (E.). In *Pest. med. chir. Presse*, Budapest, 1898. T. XXVIII, p. 857-865.

Procédé de TRICOMI[1]. — Incision lombaire de Simon. L'auteur isole avec soin le bord externe du carré des lombes, puis il pratique à travers ce muscle, une boutonnière par laquelle il arrive sur la capsule adipeuse qu'il déchire. Il incise alors la capsule fibreuse suivant le bord convexe de l'organe de façon à isoler deux lambeaux latéraux. Il obtient de cette façon une portion de parenchyme rénal dénudé comprise entre deux lambeaux capsulaires. Il assure la fixation par une double série de points de suture, les uns profonds, les autres superficiels. Les points profonds, au nombre

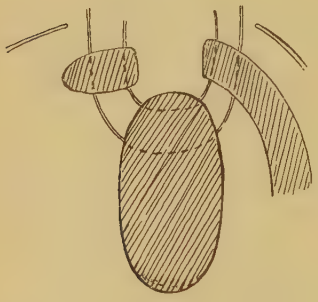

Fig. 12. — Procédé de Tricomi. (schéma)

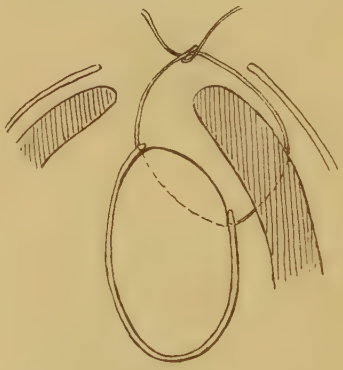

Fig. 13. — Procédé de Depage. (schéma)

de quatre, sont pratiqués au moyen de catgut fort; deux sont fixés au pôle supérieur et deux au pôle inférieur. Chaque point comprend le bord interne de la boutonnière du carré des lombes, intéresse le parenchyme rénal assez profondément et se termine en traversant l'autre bord du carré des lombes. Lorsque ces fils sont serrés, les bords cruentés du carré des lombes viennent s'adosser au rein, exactement sur la zone décapsulée. La seconde série de sutures sert à rendre plus intime le contact des zones cruentées et à recouvrir complètement le bord convexe du rein. Pour cela, l'auteur fait cinq points au catgut, qui intéressent superficiellement le parenchyme sous-jacent.

Procédé de SCHIASSI[2]. — Après incision lombaire et dégagement du rein, la capsule fibreuse est incisée en croix sur la face

1. Tricomi. *Soc. ital. Chir.* 1897. T. XI, p. 168-210.
2. Schiassi. *Rif. med.*, 1901. T. XVII, p. 218-221.

postérieure de l'organe, de façon à isoler quatre petits lambeaux. L'auteur dénude trois à quatre centimètres de substance rénale, puis résèque les lambeaux à leur base. Il passe ensuite trois anses de catgut à travers le parenchyme d'avant en arrière, l'une au niveau du pôle supérieur, l'autre à la partie moyenne, la troisième au niveau du pôle inférieur. Il fixe ces anses de catgut en les faisant passer à travers l'aponévrose profonde et toute l'épaisseur de la masse musculaire postérieure. Suture de la paroi en plusieurs plans.

Procédé de DEPAGE [1]. — Incision lombaire curviligne. L'auteur décortique la face postéro-externe du rein. Il passe ensuite à travers le rein trois anses de catgut, en faisant pénétrer l'aiguille sur le bord externe et en la faisant ressortir au-delà de la surface dénudée. Les fils sont fixés au carré des lombes, le plus haut possible. Suture des divers plans de la paroi.

Procédés employés par M. le Prof[r] LEGUEU [2]. — En 1906, dans son opuscule sur le rein mobile, M. Legueu écrit qu'il se sert pour ses néphropexies du procédé de Guyon, mais après décortication préalable complète du rein.

En 1910, dans son traité, M. Legueu préconise toujours la trans-parenchymateuse, mais il préfère l'hémi-décapsulation supérieure comme la fait Guiteras.

L'originalité de la technique consiste, dans l'un et l'autre cas, dans la manière dont M. Legueu fixe à la paroi les fils qui ont traversé le rein. « Avec l'aiguille, écrit M. Legueu, je pique en arrière, au voisinage de l'angle costo-vertébral, dans le muscle, à deux centimètres environ de la lèvre de l'incision. Je ramène un des chefs du groupe 1, je repique un peu plus bas pour ramener le deuxième chef, je les laisse libres et je viens à la face antérieure du rein. Je passe mon aiguille sur le bord inférieur de la côte, dans les parties molles, et je ramène un des chefs antérieurs du groupe 1 ; à un centimètre plus bas je vais chercher également à travers la couche musculo-aponévrotique, l'autre chef du même groupe. Et alors, il n'y a plus qu'à serrer les deux chefs antérieurs ensemble,

1. Depage. *Journ. Soc. roy. Sc. méd.* Bruxelles 1892, p. 885-891.
2. Legueu. *Traité chir. d'Urologie*, 1910, p. 1126-1130.

et ensemble les deux chefs postérieurs pour qu'aussitôt le rein attiré comme par un échelon, vienne s'accoler aux lèvres rapprochées de la couche musculaire (voir fig.). « De même pour les groupes de fils 2 et 3. »

M. Legueu n'admet pas, comme Edebohls, que le rein mobile soit une cause d'appendicite chronique; néanmoins, d'après lui, les deux affections coexistent assez souvent, ce qui tient à la grande fréquence de l'appendicite chronique, et c'est précisément pour ces cas que M. Legueu recommande comme un complément

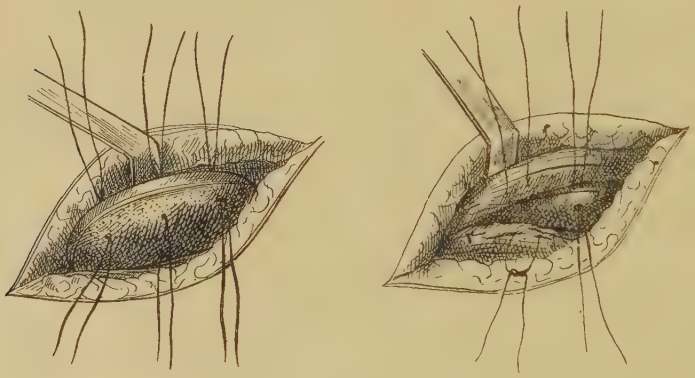

Fig. 14 et 15. — Procédé préconisé par M. Legueu (d'après Legueu).

indispensable de la néphropexie, l'appendicectomie par la voie lombaire.

Deuxième groupe. — **Les lambeaux de la capsule décortiquée sont conservés.**

Procédé de JONNESCO[1] — Incision verticale ou oblique. Dégagement du rein. Résection d'une grande partie de la capsule graisseuse. Décortication de la capsule fibreuse, sur le bord convexe, de façon à avoir deux lèvres qui sont repliées sur les faces antérieure et postérieure au niveau où passeront les fils, c'est-à-dire à un centimètre et demi du bord convexe. Avec une grande aiguille courbe, l'aiguille d'Emmet, armée d'un fil double de soie tressée n° 10 ou 12, on traverse successivement la peau, les muscles de la masse

1. Jonnesco. In thèse Malterre, p. 22-26.

sacro-lombaire, l'aponévrose profonde, la capsule fibreuse plicaturée sur la face postérieure du rein, le parenchyme rénal, la capsule plicaturée sur la face antérieure du rein, puis le périoste de la douzième ou de la onzième côte, face externe, les muscles et la peau de la lèvre externe ou supérieure de la plaie, à trois centimètres du bord libre de la plaie. On sectionne l'anse du fil, on retire l'aiguille et de cette manière, on a passé le premier fil suspenseur, ou sangle qui suspend l'extrémité supérieure du rein. De la même manière, on place un second fil à trois ou quatre centi-

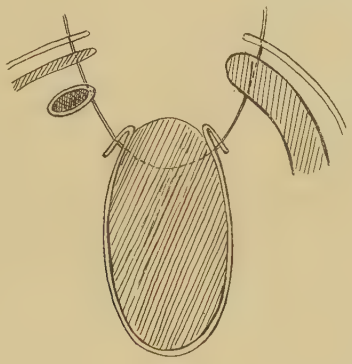

Fig. 16. — Procédé de Jonnesco (schéma).

mètres du premier, c'est-à-dire au milieu du bord du rein, et un troisième qui traverse l'extrémité inférieure de l'organe. Tous ces fils passent par le périoste de la douzième côte. Si celle-ci est courte, un seul ou deux des fils traversent son périoste, tandis que le troisième ou même les deux derniers passent à travers le périoste de la onzième côte.

Dans des interventions ultérieures, l'auteur a apporté quelques modifications à son procédé. Il a abandonné le fil de soie pour le remplacer d'abord par le crin de Florence, et ensuite par le fil d'argent, il a délaissé sa manière de placer les fils, et emploie les fils passés en U de la manière suivante : l'aiguille d'Emmet traverse le rein et les tissus comme il est dit plus haut, puis est armée d'un des chefs du fil d'argent qui est passé suivant le chemin parcouru par l'aiguille. Celle-ci est passée de nouveau à un centimètre et demi du premier trajet et ramène l'autre chef du fil. On passe de la sorte un fil en U aux deux extrémités du rein.

Procédé de LAMBERT[1]. — « Après avoir isolé le rein, je fais, dit l'auteur sur le bord convexe une incision de la capsule qui s'arrête à quelques centimètres des pôles. De chaque côté de cette incision, la capsule est décollée sur une largeur d'un centimètre et demi environ et repliée de telle sorte que sa face externe soit mise en contact avec la face externe de la capsule non décollée. Je passe alors trois gros fils doubles, les fils extrêmes étant aussi rapprochés que possible des pôles du rein. Ces fils abordent la capsule décollée et repliée à un demi-centimètre de son point de réflexion, il la traversent, pénètrent ensuite dans le tissu rénal non dénudé et suivent sur l'autre face un trajet inverse. Avec les fils émergeant d'un même orifice, je fais un double nœud déprimant légèrement le tissu rénal protégé par un double revêtement capsulaire ». L'auteur résèque ensuite une partie de la capsule adipeuse et rentre le rein dans sa loge. Il fixe ensuite les fils comme dans le procédé de Guyon. Suture complète de la paroi.

Troisième groupe. — **Les lèvres de la capsule fibreuse, incisée ou excisée sont fixées à la paroi.**

Procédé de SULZER [2]. — Incision lombaire, dégagement du rein. L'auteur fend la capsule fibreuse tout le long du bord convexe du rein et il fixe les lèvres de l'incision capsulaire aux bords de la plaie. Il passe ensuite deux sutures parenchymateuses profondes. Fermeture de la paroi.

Procédés de fixation périphérique par enclavement cicatriciel.

Nous avons réparti ces procédés en un certain nombre de groupes.

1. Lambert. *Rev. prat. Mal. Org. g.-ur.* Paris, 1906. T.III, p. 20-25.
2. Sulzer. *Deutsch. Z. f. Chir.* 1891. T. XXXI, p. 506.

Premier groupe. — Les auteurs n'emploient ni tamponnement ni caustiques.

Procédé de Greig SMITH[1]. — Ce n'est pas à proprement parler, un procédé; c'est une opération qui vaut surtout d'être décrite par sa fantaisie.

« J'espérais, dit l'auteur, pouvoir suturer le rein aux muscles voisins en me servant d'une aiguille longue et courbée. J'avais l'intention de passer les fils de catgut à travers le rein et les muscles, et de les nouer au dehors dans la région lombaire, chacun des fils passant par une incision punctiforme de la peau. Mais le rein offrant peu de consistance, je dus employer un autre artifice. »

« Je poussai le rein en arrière, le maintenant dans sa place normale; de l'autre main, je fis pénétrer à travers la paroi lombaire une longue aiguille qui parvint presque dans la capsule cellulo-adipeuse et je lui imprimai des mouvements en divers sens de manière à produire une inflammation capable de donner du tissu cicatriciel pour immobiliser l'organe. »

L'auteur ajoute qu'il n'est pas partisan de l'intervention chirurgicale dans le cas de rein mobile, et que ce qu'il a fait est plutôt une opération exploratrice qu'une tentative de néphropexie.

Il confesse d'ailleurs que le résultat ne fut pas satisfaisant.

Procédé de JABOULAY[2]. — Incision lombaire oblique. La capsule adipeuse est incisée et ouverte longitudinalement sur sa face postérieure. Ses deux lèvres interne et externe sont attirées vers la plaie; le rein vient avec elles. On libère le rein de ses adhérences en dedans et en dehors. On résèque toute la partie de capsule adipeuse qui dépasse la peau et l'on suture les bords de la portion restante aux téguments voisins. On obtient ainsi une plaie ovalaire dont les bords sont formés par la soudure de la peau et de l'enveloppe graisseuse du rein. Celui-ci se trouve au fond, recouvert de son enveloppe fibreuse : mais il n'est qu'à une faible profondeur, quelquefois même à fleur de peau. La plaie est laissée largement

1. Greig Smith. In thèse Vanneufville, p. 66-69.
2. Jaboulay. In thèse Lepoutre, p. 54.

béante, on la bourre de gaze antiseptique. Elle se comble par seconde intention c'est-à-dire par prolifération de bourgeons charnus, partis tant de la capsule fibreuse du rein que de sa capsule graisseuse. La cicatrisation pourra être complète au bout d'un mois. De la sorte, le rein se trouve inclus entre les muscles et les aponévroses qui ont été incisés et n'ont pas été recousus.

L'auteur a suturé les bords de la capsule graisseuse aux lèvres de la plaie.

Expériences de BRIAU [1]. — Ces expériences qui viennent à l'appui du procédé de Jaboulay, démontrent, dit l'auteur : 1° que la capsule propre du rein intacte, mais extériorisée et mise en contact avec un pansement antiseptique, est capable de proliférer ; 2° que cette prolifération, de concert avec le travail cicatriciel de la plaie tégumentaire, permet d'obtenir une fixation solide du rein mobile ; 3° que la capsule propre et la coque fibreuse forment un tout indissociable indépendant du parenchyme rénal.

Deuxième groupe. — Procédés avec tamponnement et caustiques.

Procédé de RIEDEL [2]. — Après incision lombaire verticale, le rein est dégagé de sa capsule graisseuse, puis la capsule fibreuse est décollée de toute la face postérieure du rein. L'auteur repousse alors le rein au-dessous du diaphragme, de manière que l'extrémité inférieure reste seule visible ; il suture ensuite au catgut le côté interne de la capsule fibreuse à la face profonde du carré des lombes. Quant au bord externe de la capsule fibreuse, il le suture au péritoine et à la graisse péri-rénale. Pour obtenir la fixation de l'extrémité supérieure du rein, Riedel cherche à provoquer un certain degré d'irritation de la surface du rein. Il verse dans la plaie du bismuth en suspension dans une solution de sublimé, puis il glisse entre le rein et le diaphragme, une large bande de gaze iodoformée, qui recouvre en même temps toute la face postéro-inférieure qui

1. Briau. *Arch. prov. Chir.* Lyon 1895. T. IV, p. 702-705.
2. Riedel. *Berl., klin. Woch.*, 1892, T. XXIX, p. 685-688.

déborde le diaphragme. Un autre tampon de gaze comble l'espace qu'occupait le rein luxé; un troisième enfin est appliqué sur le pôle inférieur, qui repose sur le carré des lombes. Les extrémités de ces trois tampons sont munies chacune d'un fil de soie ramené au dehors. Après quoi, le carré des lombes est suturé aux muscles abdominaux, la plaie cutanée tamponnée et un bandage appliqué. Ce premier pansement doit être laissé quatre semaines, on retire alors les tampons profonds avec les fils, en commençant par le moyen et en terminant par le supérieur. Un drain est placé dans la partie sous-costale de la cavité bourgeonnante et on le raccourcit peu à peu avant de l'enlever. Les malades doivent rester alités dix à douze semaines, puis on les munit d'un corset élastique pour prévenir « les hernies et l'éventration ». L'auteur a fixé en outre le pôle inférieur du rein par quelques *points de suture capsulaires*.

Procédé de SENN [1]. — Incision lombaire. L'auteur excise la capsule adipeuse de manière à dénuder le tiers inférieur du rein, puis il resèque la capsule fibreuse au même niveau. Il place le pôle inférieur du rein sur l'angle correspondant de la plaie et y applique une bande de gaze de cinq épaisseurs. Il scarifie la capsule sur la face postérieure du viscère et place à ce niveau un tampon de gaze iodoformée. La réunion se fera, bien entendu, par seconde intention. Après six jours, on enlève les tampons et on panse avec un sparadrap adhésif. *Il n'est fait aucune suture.*

Procédé de CARWARDINE [2].— Après incision lombaire oblique ou transverse, le rein mis à nu est badigeonné sur toute la surface sauf le hile, avec de l'acide phénique fort; le pôle supérieur surtout doit être bien badigeonné. Le rein est replacé dans sa position normale dans l'hypocondre. On place une bande de gaze iodoformée autour du pôle inférieur du rein, les extrémités restant dans la plaie. On place une seconde bande au-dessous du rein et on noue lâchement les deux bouts de la première. Ces bandes empêchent le rein de glisser. Suture de la partie antérieure de la plaie; pansement aseptique. On renouvelle les bandes de gaze tant qu'il est nécessaire. Au bout d'une dizaine de jours, la surface granuleuse du rein adhère aux granulations de la paroi abdominale. *Il n'est fait aucune suture.*

1. Senn. *Am. J. med. Ass.*, 1899, T. XXXII, p. 703-705.
2. Carwardine. *Brist. med. chir.* Mars 1905, T. XXIII, p. 24-32.

Troisième groupe. — Procédés avec tamponnement, sans caustiques.

Procédé de BIONDI [1]. — Après incision dans le triangle de Petit, l'auteur découvre le rein, l'énuclée d'abord de la capsule graisseuse, le décapsule absolument de toute son enveloppe fibreuse. Puis le rein est repoussé dans sa loge où le chirurgien le maintient appliqué par un tamponnement à la gaze stérilisée, tamponnement qu'il fait de la façon suivante : il glisse d'abord la gaze au-devant et au-dessous du rein pour l'empêcher de descendre et de tomber vers la ligne médiane, puis il la dispose en zig zag de dedans en dehors et vice-versa, depuis l'angle supérieur jusqu'à l'angle inférieur de la plaie, de sorte que, lorsque plus tard, il s'agira d'enlever la gaze, il n'y aura plus qu'à tirer sur l'extrémité restée libre et visible dans l'angle inférieur de la plaie. Le tamponnement doit être enlevé au bout de huit jours. *Le rein a été complètement décortiqué.*

Procédé de KOCHER [2]. — Incision parallèle à la douzième côte. Dégagement du rein qu'on attire dans la plaie où on le fixe avec des pinces par sa capsule graisseuse. On suture les fascias lombo-dorsal et lombo-costal avec la dite capsule, à l'endroit où se trouve la pince la plus basse. On incise alors la capsule fibreuse, on saisit ces lambeaux avec des pinces et on les fixe de chaque côté aux fascias profonds, au moyen de cinq à sept point de suture. On a découvert de la sorte quatre à six centimètres carrés de parenchyme rénal. On bourre la plaie avec de la gaze stérilisée de façon à obtenir la guérison par seconde intention (six semaines). *L'auteur a incisé les capsules fibreuse et graisseuse et fixé les lèvres de ces incisions capsulaires aux bords de la plaie.*

Quatrième groupe. — Procédés par enclavement avec supports temporaires et sans sutures, ni parenchymateuses, ni capsulaires.

Procédé de DA COSTA [3]. — On dégage le rein ; on enlève une certaine quantité de la capsule graisseuse. On scarifie la capsule

1. Biondi. *Presse médicale*, 1900, n° 68, p. 117.
2. Kocher. In thèse Lepoutre, p. 65.
3. Da Costa (J.-C.) *N.-York. med. Journ.* 1906, T. LXXXIV, p. 209-212.

fibreuse soit avec une aiguille, soit par un frottage énergique avec de la gaze, soit même par une excision partielle ou complète de la capsule fibreuse. Ceci fait, on coud ensemble avec du catgut, les extrémités de deux bandes de gaze et l'on prépare ainsi la fronde qui sera passée autour du pôle inférieur du rein. On agit de même vis-à-vis du pôle supérieur. Après trois ou quatre jours, le catgut se résorbe et, au lieu d'avoir à enlever deux longues bandes qu'il faudrait faire tourner tout autour du rein, on a quatre bandes courtes qui se détachent facilement. Réunion par seconde intention.

Procédé de FISCHER[1]. — Incision lombaire oblique. On dégage le rein. On fait de chaque côté des lèvres de la partie supérieure

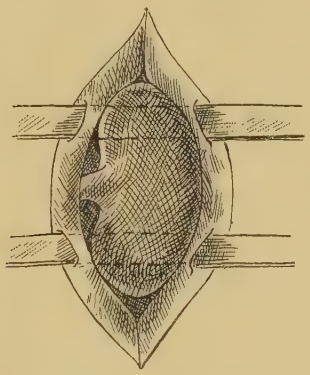

Fig 17. — Procédé de Fischer (d'après Germain de Saligny).

de l'incision deux larges boutonnières que l'on répète symétriquement à la partie inférieure. On introduit dans ces boutonnières une longue plaque d'os décalcifié, préalablement façonnée en forme de V ou d'U. Une plaque est introduite dans les boutonnières supérieures, une autre dans les inférieures. Après avivement des surfaces latérales et du bord convexe du rein par de petites scarifications, on couche le rein sur les deux ponts osseux. Les chefs des ponts qui sont à l'extérieur sont maintenus contre les parois par des sutures qui comprennent la peau, le tissu cellulaire, le fascia superficialis et les aponévroses. Poudre d'iodoforme sur la plaie et guérison par seconde intention. Le malade reste dans le décubitus dorsal pendant deux mois à deux mois et demi.

1. Fischer. In thèse Germain de Saligny, p. 25-32.

Procédé de CATTERINA[1]. — Incision lombaire, dégagement du rein. L'auteur a, auparavant, préparé une cage en fil métallique s'adaptant bien aux contours du rein. Il applique cette cage et la suspend par son pôle supérieur à la douzième côte. Il fait une suture en bourse du sac rénal et fixe ce sac au plan musculo-aponévrotique profond.

Procédé de BEYEA[2] — Incision lombaire, dégagement du rein qu'on soutient par un drain en coutchouc en anse passant au-dessous du hile. Le drain est enlevé le vingtième jour. Réunion par seconde intention. (Voir fig. 18.)

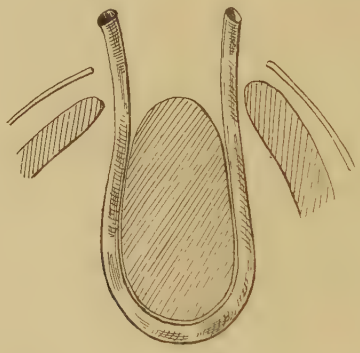

Fig. 18. — Procédé de Beyea (schéma)

Procédé de BALACESCO[3]. — Il s'agit encore d'un procédé de fixation temporaire du rein. L'auteur commence par décapsuler l'organe. Puis il passe deux fils d'argent, non à travers la substance rénale, mais au dessus et au dessous du hile du rein, de façon que chaque fil embrasse un pôle de l'organe. Ces fils sont fixés à la côte. Ils seront retirés dans une intervention ultérieure.

Procédé de SHORT (A.-R.)[4]. — Ce procédé consiste à mettre à nu le rein qu'on dépouille de son atmosphère graisseuse, puis dont on badigeonne toute la surface avec de l'acide phénique pur.

1. Catterina. — *Clin. chir.* Milan, 1899, T. VII, p. 851-854.
2. Beyea. *Ann. med.* Philad. 1901, T. II, p. 441-444.
3. Balacesco. In thèse Lepoutre, p. 63.
4. Short (A.-R.). *Brit. med. J.* mars 1911, T. I, p. 682-684.

On passe alors sous le pôle inférieur du rein, une lanière de gaze iodoformée formant une sorte de hamac pour le rein. Les deux extrémités de cette lanière sont attirées au dehors et fixées au pansement; on la laisse en place une quinzaine de jours. Les muscles sont suturés couche par couche. Nous avons désigné ce procédé sous le nom de procédé de Rendle Short; c'est, en effet, dans un article de cet auteur qu'il est décrit; mais Rendle Short ne s'en attribue pas la paternité; ce procédé ne diffère de ceux où l'on cherche à soutenir le rein par une lanière de gaze, que par la manière dont cette lanière est passée sous le pôle inférieur du rein.

Procédés de fixation par enclavement non cicatriciel.

Procédé expérimental de M. TUFFIER [1]. — M. Tuffier (1887) essaya de placer le rein derrière l'atmosphère graisseuse rétro-rénale; mais la graisse était trop lâche et cédait sous le poids du rein. L'auteur essaya alors chez le chien de placer le rein derrière l'aponévrose du petit oblique et obtint de bons résultats; mais, comme chez l'homme, la partie inférieure du rein déborde seulement la douzième côte; le tiers inférieur pouvait seul être placé.

En 1888, M. Tuffier communiqua à la Société anatomique un autre procédé qui consistait à placer le rein derrière le muscle transverse.

Procédé de PÉAN [2]. — On crée au-dessous du rein une sorte de loge artificielle en incisant verticalement le muscle tranverse et en rapprochant de l'aponévrose profonde de ce muscle la face externe du péritoine pariétal, au moyen d'anses de soie et de surjets au catgut comprenant la séreuse, le muscle et l'aponévrose suturés au-dessous du rein. On ferme le reste de la plaie par plusieurs plans de sutures.

1. Tuffier. *Etude expér. sur la Chir. du Rein*, Paris, 1899, Steinheil, p. 52-55.
2. Péan. *Trib. méd.* Paris, 1898. 2e s. T. XXX, p. 751.

Procédés de fixation périphérique par la capsule décortiquée.

Nous distinguerons trois groupes suivant que les auteurs forment avec la capsule décortiquée : deux, un ou quatre lambeaux.

Quant aux procédés qui tout en étant surtout capsulaires empruntent encore d'autres éléments de fixation, soit à la capsule graisseuse, soit à la méthode du tamponnement et des caustiques, nous les annexerons à chacun des groupes précédents, sous le nom de *procédés mixtes*.

Premier groupe. — Procédés à deux lambeaux capsulaires.

A. — Procédés capsulaires purs.

Procédé de MAZZONI [1]. — Après incision lombaire et dénudation du rein, l'auteur pratique sur la face postérieure du viscère, au thermocautère ou au bistouri, deux incisions transversales réunies au milieu par une troisième incision verticale. Il délimite ainsi deux lambeaux capsulaires qui, détachés sur une certaine étendue, laissent le parenchyme rénal à découvert. Par deux ou trois points latéraux il fixe les deux lambeaux capsulaires à la face profonde de l'aponévrose lombaire. L'auteur prend bien garde à ce que la capsule graisseuse ne s'interpose pas entre le rein et les muscles qu'il suture par des points profonds et superficiels. Une mèche de gaze iodoformée est placée dans l'angle inférieur de la plaie et retirée le quatrième ou le cinquième jour.

Procédé de SELMI [2]. — Incision lombaire, dégagement du rein. Incision le long du bord convexe et décapsulation de manière à former deux lambeaux de deux ou trois centimètres de large, l'un

1. Mazzoni. In thèse Lepoutre, p. 58.
2. Selmi. *Clin. chir.* Milan 1898, T. VI, p. 217-222.

antérieur, l'autre postérieur. Ces lambeaux sont suturés : l'antérieur à l'aponévrose du transverse, le postérieur au carré des lombes et au sacro-lombaire. L'auteur obtient ainsi un puits au fond duquel se trouve le rein, puits qui se comblera par seconde intention. *La recherche de la seconde intention est la seule caractéristique de ce procédé.*

Procédé de OBALINSKI[1]. — Incision lombaire. Dégagement du rein. L'auteur incise la capsule fibreuse en I de manière à obtenir deux lambeaux en battants de porte. La branche verticale de l'incision suit le bord convexe du rein. Les deux lambeaux capsulaires sont bien isolés du parenchyme sous-jacent et on les suture à la soie ou au catgut, à la surface interne de la région lombaire. On a bien soin que la surface dénudée du rein vienne se trouver en contact direct avec les muscles.

Procédé de CARSTENS[2]. — L'auteur aborde le rein par une incision de deux pouces et demi à trois pouces, oblique en bas et en dehors et passant entre le carré des lombes et le long dorsal ; puis après libération de l'organe, il fait sur son bord convexe une incision en Z de la capsule fibreuse, de manière à constituer deux petits lambeaux angulaires, l'un supérieur, l'autre inférieur. Tandis que le premier est suturé au long dorsal, le second est fixé au carré des lombes dans l'angle inférieur de la plaie.

Les muscles sont réunis par un surjet, en faisant cette réunion, l'auteur prend dans sa suture les deux lambeaux capsulaires qui se trouvent ainsi fixés l'un à l'autre.

Procédé D'EDEBOHLS[3]. — Incision le long de la masse sacro-lombaire n'ouvrant pas l'aponévrose du sacro-lombaire, mettant bien à découvert le bord externe du carré des lombes. Résection complète de la capsule graisseuse. Incision de la capsule propre le long du bord convexe du rein. De chaque côté, avec un instrument mousse, l'auteur décortique la capsule jusque vers le milieu des faces et la renverse comme un revers d'habit. Quatre anses de catgut sont passées à travers la portion libérée de la capsule, tout

1. Obalinski. *Cent. f. Chir.* 1897, T. XXIV, p. 977.
2. Carstens. *Am. J. of Surgery.* N. Y. 1912, T. XXIV, n° 1, 30-33, 3 fig.
3. Edebohls. *Ann. of Surg.* 1902, T. XXXV, p. 137-188.

près de la partie adhérente, deux sur la face antérieure, deux sur la face postérieure du rein. Chacun des chefs de ces anses est ensuite repassé à travers les lèvres de l'incision musculaire de la paroi ; les anses postérieures étant séparées des antérieures par un intervalle égal à l'épaisseur du rein. Les sutures internes passent à travers le

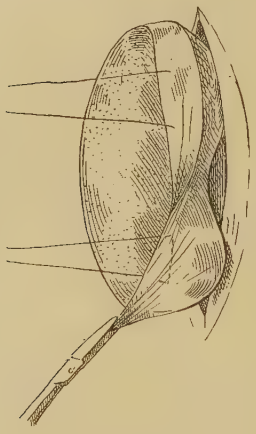

Fig. 19.

Fig. 20.

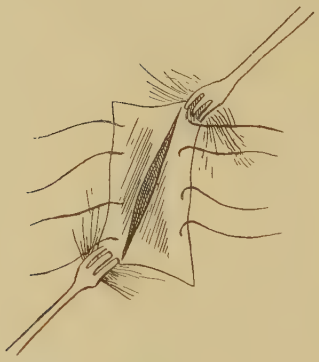

Fig. 21.

Fig. 22.

Fig. 19, 20, 21, 22. — Procédé d'Edebohls (d'après l'auteur).

carré lombaire et le sacro-lombaire, les externes à travers le fascia transversalis et le grand dorsal. Tous ces fils sont pour l'instant laissés flottants. On ferme d'abord la plaie des muscles et du fascia, puis on noue l'un à l'autre les deux chefs de chaque anse fixatrice, les serrant doucement de manière à amener le rein dénudé au

contact du carré lombaire. La peau est réunie par une suture intra-dermique.

Procédé de GUITERAS [1]. — Après incision lombaire et dégagement du rein, l'auteur fend la capsule fibreuse tout le long du

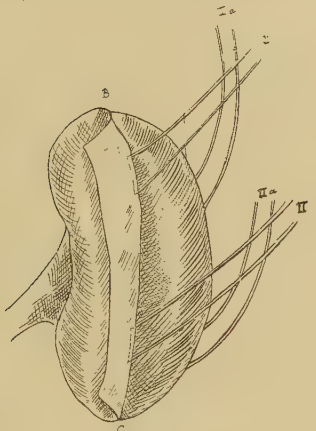

Fig. 23.

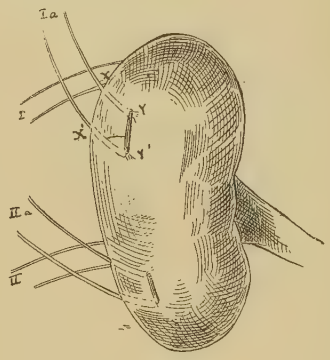

Fig. 24.

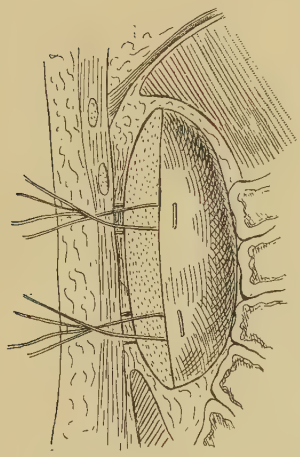

Fig. 25.

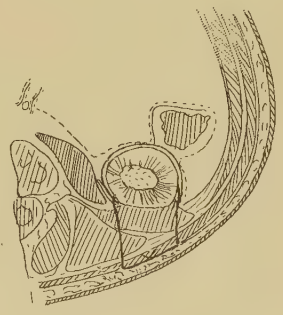

Fig. 26.

Fig. 23, 24, 25, 26. — Procédé de Guiteras (d'après l'auteur).

bord externe. Il décortique ensuite la capsule sur la face postérieure seulement et jusqu'au milieu de cette face. Il obtient ainsi un

1. Guiteras. *Med. Record*, 1903, T. LVIII, p. 561-567.

lambeau capsulaire rabattu en revers d'habit autour de la ligne BC qui représente la limite du décollement. Deux anses de catgut chromé sont passées dans le pli capsulaire immédiatement en arrière de la ligne BC (fig. 23). La première anse est placée à quelques centimètres au-dessous du pôle supérieur, la seconde à quelques centimètres au-dessus du pôle inférieur. Chaque anse traverse successivement la capsule repliée, puis la capsule non décortiquée, s'engage alors entre celle-ci et le parenchyme rénal sans y pénétrer pendant un centimètre et demi à deux centimètres. Le fil retraverse alors la capsule adhérente puis la capsule rabattue; l'anse ainsi formée étant parallèle au pli capsulaire BC. Ceci fait, deux anses sont passées sur la face antérieure à des niveaux correspondants et à une distance de près de deux centimètres de la ligne d'incision capsulaire. Pour cela, le fil (fig. 24) est engagé sous la capsule en X, ressort en Y, rentre en Y', ressort en X'. Les chefs de l'anse supérieure sont passés à travers les muscles et les fascias, près de la douzième côte pour les fils postérieurs, et en un point correspondant pour les fils antérieurs. Les fils inférieurs sont passés de même à travers les muscles pariétaux, en ayant soin de maintenir l'écart qui les séparait, au niveau du rein, des fils supérieurs, de manière à avoir un affrontement aussi parfait que possible de la surface dénudée du rein et des muscles. On refait les plans musculaires, puis on serre, par-dessus, les anses antérieures et postérieures en les nouant ensemble; c'est-à-dire que les deux chefs supérieurs des anses supérieures sont noués l'un avec l'autre, puis les deux chefs inférieurs de ces anses. On procède de même pour les anses inférieures. Suture de la peau.

Procédé D'ANTONELLI [1]. — Incision lombaire de Simon. On dégage le rein. On incise alors transversalement la capsule fibreuse, selon une ligne qui sépare le quart inférieur du rein des trois quarts supérieurs. On décapsule toute la partie située au-dessus de cette ligne, et on attache les lambeaux au périoste de la onzième côte. Les restes de la capsule adipeuse sont placés sous le rein et fixés en guise de coussinets de soutien. Suture de la paroi par plusieurs points.

1. Antonelli. *Gazz. med. Lomb.* 1902, T. LXI, p. 481-491 et 501-511.

Procédé de RUGGI[1]. — Incision parallèle à la douzième côte. Dégagement du rein. On incise la capsule propre sur la face convexe et on décapsule de façon à obtenir un ou deux lambeaux suivant le degré de la ptose et suivant qu'il est nécessaire d'avoir un ou deux soutiens pour l'organe. Cette décapsulation est poussée jusqu'à la moitié de la face viscérale et jusqu'au niveau des deux pôles. Les lambeaux capsulaires sont fixés au niveau du onzième espace intercostal. Suture de la plaie.

Procédé de CANAC-MARQUIS[2]. — Le *premier temps* comprend l'incision cutanéo-musculaire, qui sera parallèle à la douzième côte. Dans un *deuxième temps*, l'auteur dénude le rein, puis, incisant la capsule propre sur une longueur de huit centimètres environ, il la sépare de chaque côté du parenchyme sur une largeur de trois à quatre centimètres ; il obtient ainsi deux valves capsulaires. Le *troisième temps*, consiste dans la suture de la capsule propre à la paroi. Quand les lambeaux capsulaires sont formés et qu'ils paraissent suffisamment grands, l'auteur prend deux crins de Florence, dont il fixe une extrémité avec une perle de plomb et une petite plaque nickelée. Il fait passer l'un de ces crins à travers les tissus jusqu'à la capsule décortiquée qu'il coud au muscle comme l'indique la figure. Il recommence la même manœuvre avec le second crin au niveau de l'autre lèvre musculaire. Il arrive ainsi à former sur le pourtour du rebord convexe du rein, une sorte de collerette de un centimètre environ de hauteur ; le rein est fixé. Le *quatrième temps*, comprend la reconstitution de la paroi musculaire et là encore, le procédé est original. Cette reconstitution se fait au moyen de deux à trois points en 8 avec des crins de Florence. Partant de 7, le fil rentre dans la peau, le tissu adipeux et le fascia, puis l'auteur sort l'aiguille au-dessus du muscle pour aller de l'autre côté les rentrer au-dessus du muscle, le traverser, passer au-dessus du tissu rénal, venir prendre le muscle en-dessous du côté 7 et sortir l'aiguille au-dessous du fascia et du tissu adipeux, pour aller du côté 8 prendre le tissu adipeux et la peau, afin de décrire la forme d'un 8 ouvert à sa partie antérieure. Les extrémités 7 et 8 sont fixées par une

1. Ruggi. *Ann. Mal. Org. g.-ur.* 1904, p. 855.
2. Canac-Marquis. *Presse médicale*, 1903, nº 2, p. 24.

petite plaque nickelée et une balle de plomb qu'on écrase entre les mors d'une pince, quand on a suffisamment serré les fils. On place de même les fils 5 et 6. De cette façon, dit l'auteur, les muscles incisés viennent en contact avec la surface dénudée du rein et forment une adhérence incomparable en force et en valeur. On peut mettre deux à six points de suture en 8 ouvert. Il vaut mieux, avant de serrer les perles 2 et 4, placer toutes les sutures afin de ne pas rétrécir le champ opératoire. On adosse les lèvres de la peau entre les sutures en 8 ouvert, avec des agrafes de Michel. Si au

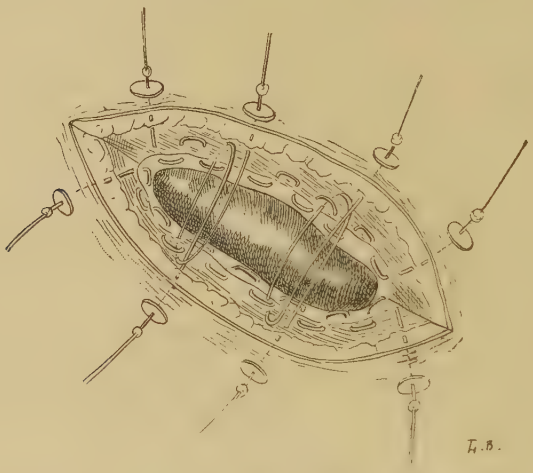

Fig. 27. — Procédé de Canac-Marquis (d'après l'auteur).

moment de la décortication, l'hémorragie veineuse a été trop abondante, l'auteur recommande de placer une mèche de gaze stérilisée au contact du rein et de la faire ressortir au travers d'un petit tube de verre laissé à la partie déclive de la plaie. Ce procédé ne comporte pas de sutures perdues ; tous les fils peuvent être retirés. Il convient de laisser les malades vingt jours dans le décubitus dorsal. Le troisième jour, on enlèvera les agrafes de Michel et on appliquera sur l'incision cutanée un pansement de coton collodionné. Du douzième au quinzième jour, les plaques de plomb 1 et 3, 6 et 8, sont enlevées. On laisse les sutures se relâcher par les mouvements respiratoires, ce qui évite ainsi toute douleur et le danger de casser les crins en les retirant trop vite : les deux points se retirent d'eux-mêmes en quelques jours.

Par ce procédé, dit l'auteur, le rein est fixé sur toute l'étendue de son bord convexe et, depuis 1888, après 281 opérations de ce genre, « il en est est encore à trouver une non réussite ».

Procédé de BRAQUEHAYE[1]. — Incision classique de Guyon, isolement du rein. On incise longitudinalement la capsule propre un peu en arrière du bord convexe, sur une hauteur de huit à dix centimètres. On décortique alors cette capsule à la sonde cannelée

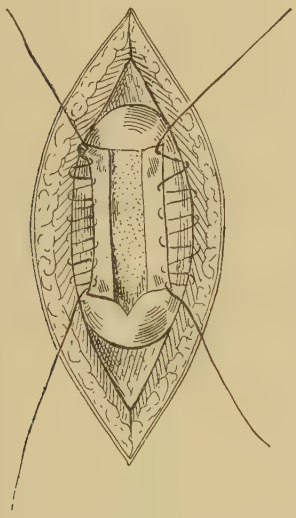

Fig. 28.

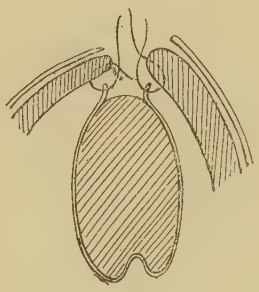

Fig. 29

Fig. 28 et 29. — Procédé de Braquehaye (d'après l'auteur, fig. 28) et schéma (fig. 29).

de chaque côté sur une étendue de un à deux centimètres. Il est quelquefois nécessaire de débrider aux deux extrémités de l'incision. Un fil de catgut fin est passé avec une aiguille courbe, d'abord sur la capsule, arrêté comme pour un surjet en point de feston; puis l'aiguille est enfoncée dans la partie profonde de la paroi abdominale postérieure. L'aiguille entre à un ou deux centimètres de la surface de section, en pleine aponévrose profonde, et ressort sur la surface de section musculaire, où le fil est de nouveau arrêté comme sur la capsule. Le premier point est placé à l'angle supérieur

1. Braquehaye. In thèse Marini, p. 53.

de l'incision capsulaire et fixé aussi haut que possible dans la paroi; ce même point est recommencé de façon à former un surjet complet, affrontant exactement les lèvres de la capsule à la paroi. Suture de la paroi en deux plans après drainage.

Procédé de VOGEL[1]. — C'est en enroulant une partie de la capsule fibreuse du rein autour de la douzième côte que Vogel assure la fixation de l'organe. Primitivement l'auteur découpait sur la face postérieure du rein un grand lambeau rectangulaire à base d'implantation supérieure. Il fendait ce lambeau par le milieu suivant son grand axe et obtenait ainsi deux languettes fibreuses qu'il enroulait autour de la douzième côte et venait ensuite rattacher vers le milieu de la face postérieure du rein aux bords de la capsule adhérente. L'enroulement à la côte se faisant après incision de l'espace intercostal au ras du bord supérieur de la douzième côte sur une longueur de 1 cent. 1/2 environ, l'incision étant indifféremment sous-périostique ou non.

Mais par ce procédé le rein pendait tout entier au-dessous de la côte et se trouvait ainsi trop superficiellement placé, ce qui amena Vogel à modifier un peu sa méthode. Il taille maintenant sur la face postérieure du rein un lambeau rectangulaire dont la partie supérieure atteint le pôle supérieur et dont la base d'implantation atteint à peine la moitié de la hauteur de l'organe. Il divise ce lambeau en deux languettes comme autrefois. Ces languettes comme dans le premier procédé sont enroulées autour de la douzième côte; elles sont fixées ensuite à la capsule au niveau de la moitié inférieure de la face postérieure du rein; mais comme elles s'implantent non plus au pôle supérieur, comme la première fois, mais vers la mi-hauteur du rein, un peu plus du 1/3 supérieur de l'organe s'engage derrière les côtes, assurant une fixation plus haute, et corrigeant la situation par trop superficielle du rein dans le premier procédé.

MOSER[2]. — Peu après que Vogel eût décrit son procédé, il fit remarquer qu'il employait la même méthode de fixation depuis quelques années. Mais tandis que Vogel prélève ses lambeaux sur

1. Vogel (R.) (de Dortmund). *Zentr. f. Chir.* N° 41, 12 octobre 1912, p. 1403-1405.
2. Moser (de Zittau). *Zentr. f. Chir.* n° 46, 16 nov. 1912, p. 1571-1573.

la face postérieure du rein, Moser les prélève sur le bord convexe. Enfin ce dernier assure un complément de fixation du rein, d'une part par quelques points de suture de la capsule à l'aponévrose du transverse, d'autre part par la mise au dessous du rein d'un petit tampon qui, dit l'auteur, sert surtout à drainer.

Dans ces deux procédés de Vogel et de Moser, les deux lambeaux capsulaires suspendent le rein comme deux *bretelles* à la douzième côte.

Dans le procédé que nous allons maintenant signaler, l'auteur fixe la capsule à un lambeau musculaire emprunté à un muscle voisin. Cela rappelle le procédé de Poullet et Vulliet, mais appliqué à la méthode capsulaire et non parenchymateuse.

Procédé de LYNN[1]. — L'auteur détache un faisceau du long dorsal qu'il divise à son extrémité, fixant chaque moitié de ce faisceau à chacun des lambeaux capsulaires.

C'est encore un procédé à deux lambeaux capsulaires que le procédé suivant dit « en anse de panier ».

Procédé de WERELIUS[2]. — Le rein revêtu de sa seule capsule propre étant attiré dans le champ opératoire, on sectionne la capsule aux ciseaux sur toute la hauteur du bord convexe. Les deux lèvres capsulaires sont libérées du rein sur quelques centimètres de manière à former deux valves. Dans l'une de ces valves on taille parallèlement au bord convexe un petit lambeau à base d'implantation inférieure, dans l'autre, et de la même manière, un lambeau à base d'implantation supérieure. On a ainsi obtenu deux ligaments capsulaires, l'un supérieur, l'autre inférieure et une zone de parenchyme dénudée qui servira de surface d'adhérences.

Pour fixer maintenant le rein à la paroi l'artifice employé est le suivant :

On fait traverser à l'un des ligaments capsulaires une certaine épaisseur de paroi musculaire postérieure, on l'en fait ressortir et

1. Lynn. In thèse Lepoutre, p. 62.
2. Werelius (A.). *J. Amer. med. Assoc.* 1913, LX, nº 9, 643-646 (3 fig.).

on va le réunir à l'autre ligament, en *anse de panier* (basket handle operation), le rein figurant le panier. On comprend dès lors que si l'on a bien tendu les deux ligaments capsulaires avant de fermer l'anse, le panier, c'est-à-dire le rein, va se trouver fortement appliqué par sa surface dénudée contre le segment de paroi musculaire postérieure qu'a chargé l'anse de panier. On aura soin en outre de fixer la lèvre de capsule adhérente au fascia transversalis.

L'auteur signale que dans les 27 cas opérés, il obtint des fixations solides, mais quelquefois un peu *basses*.

B. — Procédés mixtes.

Procédé de ROUFFART[1]. — Ce procédé consiste à inciser longitudinalement la capsule adipeuse, puis la capsule fibreuse. Les bords de ces capsules sont ensuite suturés l'un à l'autre au catgut. Les deux valves capsulaires ainsi formées sont suturées également, au catgut, de chaque côté de la plaie opératoire. Suture en un plan au crin de Florence. *L'auteur fixe non seulement la capsule fibreuse mais aussi la capsule graisseuse.*

Procédé de CASPER[2]. — C'est un procédé de fixation capsulaire. Mais l'auteur, désireux de fixer le rein aussi haut que possible sous les côtes, excise la capsule au niveau de la moitié supérieure du rein, ne gardant de lambeaux capsulaires qu'au niveau de la moitié inférieure. Il remonte la moitié supérieure du rein sous les côtes, fixe les lambeaux capsulaires au carré des lombes et place au-dessous du pôle inférieur du rein, un tampon de gaze iodoformée qu'il enlève au bout de cinq jours.

Ce tamponnement n'empêche pas l'auteur de refermer sa paroi; il ne cherche pas, en effet, comme beaucoup d'autres, à obtenir par le tamponnement une réunion secondaire, mais simplement un soutien temporaire du rein. *L'auteur tamponne le pôle inférieur du rein.*

Procédé de GIORDANO[3]. — L'incision part de l'extrémité supérieure de la douzième côte et se dirige en bas et en avant suivant le

1. Rouffart. In thèse Lepoutre, p. 58.
2. Casper. *Centr. f. Chir.* N° 23, 1910. T. XXXVII, p. 793-795.
3. Giordano. In thèse Lepoutre. P. 52.

bord externe du carré des lombes. Résection partielle de la capsule adipeuse. On passe à travers le pôle inférieur de rein une anse de catgut qui est confiée à un aide ou à une pince. L'auteur incise ensuite longitudinalement la capsule fibreuse suivant le bord convexe et la décolle en formant deux lambeaux. On traverse chacun d'eux avec un ou deux points de catgut, qui sont passés ensuite dans le carré des lombes et l'aponévrose du transverse au niveau de l'angle supérieur de la plaie. Reprenant alors le fil qui traverse le pôle inférieur, on le fixe dans le dernier espace intercostal. L'auteur badigeonne ensuite la capsule fibreuse dans la région qui avoisine le bord convexe avec une solution concentrée d'acide phénique. Ceci fait, tandis que l'aide soutient le rein, le chirurgien applique le pôle inférieur contre la douzième côte et noue les fils. Il place ensuite une bande de gaze sous le pôle inférieur pour le soutenir. *Les auteurs adjoignent à la fixation capsulaire la fixation parenchymateuse.*

Procédé de STURMDORF[1]. — Incision lombaire, dégagement du rein. L'auteur fait une incision en I sur la face postérieure du rein et obtient ainsi deux lambeaux comme Edebohls, à cette différence près que ce dernier faisait son incision sur le bord convexe. Ceci fait, l'auteur passe deux soies, l'une au niveau du pôle supérieur, l'autre au niveau du pôle inférieur du rein. Chaque soie, avant de traverser le parenchyme, à deux centimètres de profondeur, est passée à travers la peau, la couche musculaire, le lambeau capsulaire près de son insertion. L'auteur fait alors deux boutonnières musculaires, l'une au niveau de la lèvre postérieure, l'autre au niveau de la lèvre antérieure de la plaie. Les lambeaux capsulaires sont passés dans ces boutonnières et fixés aux muscles par des points de catgut. Enfin, l'auteur passe encore, au niveau de la région moyenne du rein, trois catguts à travers le parenchyme rénal; ces catguts qui se trouvent compris entre les deux anses de soie, sont fixés aux muscles. Fermeture de la paroi. *L'auteur adjoint à la fixation capsulaire la fixation parenchymateuse.*

Procédé de MASTROSIMONE[2]. — Incision lombaire. L'auteur décortique le rein de manière à ne laisser la capsule adhérente

1. Sturmdorf. *Med. Record.* 1901. T. LIX, p. 998.
2. Mastrosimone. In thèse de Lepoutre, p. 54.

qu'au niveau du hile, du pôle supérieur et du pôle inférieur de l'organe. Pour éviter un décollement ultérieur, il passe une anse de catgut à travers le parenchyme sur la limite inférieure du décollement. Les deux lambeaux de capsule, enroulés en cordons, sont passés dans le onzième espace intercostal et fixés par des points de catgut sur la face externe de la douzième côte. Le rein est ainsi comme suspendu « dans un panier à longue anse ». On passe ensuite quelques points dans la partie inférieure du viscère, afin de joindre la fixation à la suspension. Suture de la paroi en plusieurs plans. *L'auteur adjoint à la fixation capsulaire la fixation parenchymateuse.*

Deuxième groupe. — **Procédés à un seul lambeau capsulaire.**

A. — Procédés capsulaires purs.

Procédé de MORRIS[1]. — Incision lombaire. On dégage le rein et on incise la capsule fibreuse sur la face postérieure de manière à

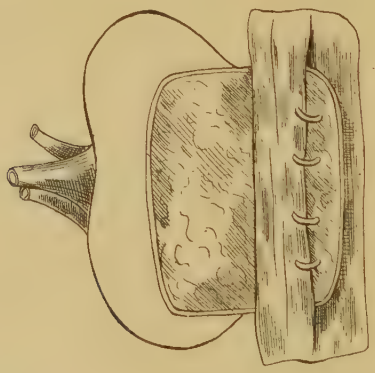

Fig. 30. — Procédé de Morris (d'après l'auteur)

décoller un large lambeau capsulaire, de forme quadrangulaire qui reste adhérent au bord convexe. Ce lambeau est passé à travers une

1. Morris. *Med. Record*, 1902, T. LIX, p. 284-286.

boutonnière du carré des lombes ou du psoas et fixé au muscle par quelques points de catgut. L'organe est ainsi suspendu par la capsule le long du bord convexe, et la zone rénale décapsulée est en contact avec le plan musculaire. Suture de la paroi en plusieurs plans.

B. — Procédés mixtes.

Procédé de GIANETTASIO[1]. — Incision lombaire recto-curviligne. Le rein étant amené dans la plaie, l'auteur fait une incision verticale comprenant les deux tiers (partie moyenne) du bord convexe, et, des deux extrémités de cette incision, on fait partir sur la

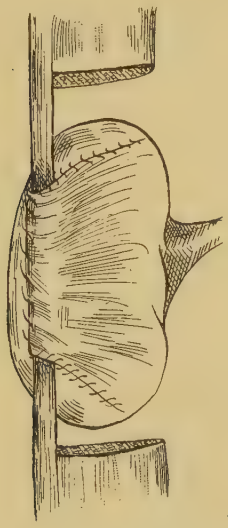

Fig. 31

Fig. 32

Fig. 31 et 32. — Procédé de Gianettasio (schémas).

face postérieure du rein, une incision légèrement oblique dans la direction des pôles. On décolle le lambeau trapézoïde délimité par ces incisions. On isole alors le carré des lombes au niveau de sa partie supérieure; on l'incise près de son bord externe, de manière à en séparer un faisceau de l'épaisseur d'un doigt. On passe alors des

1. Gianettasio. *Reforma medica*, Rome 1901. T. XVII, p. 542.

pinces hémostatiques à travers la boutonnière ainsi formée, et avec leur aide on attire le bord libre du lambeau capsulaire. On exerce des tractions légères sur ce lambeau, de façon à ce que le décollement soit complet, mais on prend soin de ne pas déchirer la capsule. On suture alors les deux lèvres de l'incision capsulaire, et s'il y a lieu, on place quelques points comprenant le faisceau musculaire et la partie toute superficielle du parenchyme rénal. Pour plus de sûreté l'auteur fixe à l'aide d'un catgut le pôle inférieur du rein au carré des lombes. Suture de la paroi en divers plans. Drainage. Les opérés doivent garder le lit vingt-deux à vingt-sept jours au moins. *L'auteur adjoint à la fixation capsulaire, la fixation parenchymateuse.*

Troisième groupe. — **Procédés à quatre lambeaux capsulaires.**

Procédé d'ALBARRAN[1]. — L'incision commence juste au-dessous de la dernière côte et, oblique, se termine à un large travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. Après dénudation soigneuse et inspection minutieuse du rein, on procède à la décapsulation. Pour ce faire, saisissant la capsule avec une pince à griffes, au niveau du bord convexe du rein, on incise légèrement cette membrane au bistouri sans entamer le parenchyme sous-jacent. Une sonde cannelée est alors glissée vers l'extrémité inférieure du rein entre la capsule et la substance corticale et on coupe, en long, la capsule soulevée : la même manœuvre est pratiquée en haut, vers le pôle supérieure du rein. Saisissant alors, avec la pince, la capsule incisée, on la détache doucement du parenchyme rénal, d'abord avec la sonde cannelée, puis, lorsque le décollement est amorcé, avec la pulpe de l'index. On détache ainsi la capsule, en avant et en arrière, jusqu'au niveau du hile, et on dépouille complètement les deux extrémités supérieure et inférieure du rein, en complétant l'incision médiane de la capsule.

La décapsulation ainsi faite, donne parfois lieu à un petit suintement sanguin, qui s'arrête rapidement en appuyant légèrement une

1. Albarran, *Traité Méd. opérat.*, 1908, p. 118-126.

compresse sur le rein. Pendant que l'aide saisit entre ses doigts pour bien l'étaler, la moitié antérieure de la capsule propre du rein, le chirurgien la coupe en son milieu, du bord convexe vers le hile, la partageant ainsi en deux moitiés, supérieure et inférieure. Saisissant avec une pince, l'angle coupé de la capsule, l'aide présente au chirurgien le lambeau supérieur pour qu'il puisse nouer à sa base, près du hile, un fil de catgut double n° 2 : les deux chefs de ces fils sont repérés avec une pince. On lie ensuite, de même manière, le lambeau inférieur de la face antérieure de la capsule. On agit de même sur la valve capsulaire postérieure. On enlèvera soigneusement toute la graisse qui pourrait s'interposer entre le rein et la paroi. Si la graisse est trop abondante, on pourra en enlever avec les doigts une partie. On tassera ce qui reste de graisse au-dessous du rein.

Avec une aiguille de Reverdin très courbe, on pénètre dans le dernier espace intercostal, immédiatement au-dessus du bord supérieur de la dernière côte; on contourne, en la rasant de près, la face profonde de cet os et on fait sortir la pointe de l'aiguille au niveau de son bord inférieur. L'aiguille ramène alors un des deux chefs du premier fil capsulaire antérieur. Avant de nouer ce fil, on passe de la même manière, sur la face profonde de la douzième côte, un des deux chefs du premier fil capsulaire postérieur. Lorsque ces deux fils, postérieur et antérieur sont passés autour de la côte, on fixe le rein. Pour cela, le chirurgien repousse le rein sous les côtes avec la main droite, en lui donnant la situation définitive qu'il doit conserver, c'est-à-dire que le tiers supérieur du rein est caché sous les côtes, dans une situation presque verticale, à peine incliné en avant. En tout cas, avant de fixer le rein, on se rend compte, en enfonçant le doigt sous les côtes, de l'espace libre qui reste au-dessous du foie, de manière à ne pas trop pousser le rein en le faisant glisser en avant sous la face inférieure du foie. Pendant que le chirurgien maintient le rein dans la bonne situation, l'aide noue entre eux les deux fils postérieurs d'abord, les deux antérieurs ensuite. Chacun de ces fils forme ainsi une boucle complète autour de la côte qu'il entoure et se trouve noué sur sa face externe (Guyon). Albarran passe d'habitude les fils costaux, un peu en avant du point de la côte qui correspond au bord de la masse sacro-lombaire. Si la côte est de moyenne longueur, les deux fils anté-

rieur et postérieur sont placés à une petite distance l'un de l'autre. Si la douzième côte est très courte, on peut passer le fil autour de la onzième côte, mais dans ce cas, l'auteur préfère ne fixer le rein qu'au périoste externe de la côte et au ligament costo-verté-

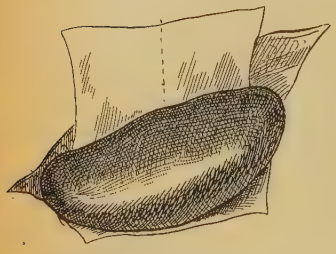

Fig. 33

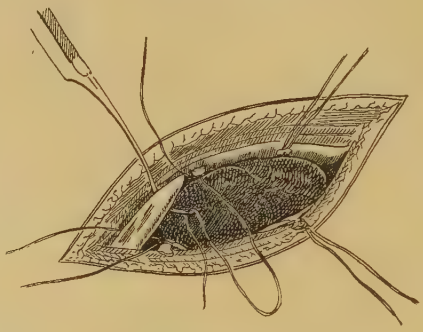

Fig. 34

Fig. 35

Fig. 36

Fig. 33, 34, 35, 36. — Procédé d'Albarran (d'après l'auteur).

bral, craignant d'intéresser la plèvre avec l'aiguille si on passe celle-ci dans le dixième espace intercostal. Lorsque ces deux fils supérieurs sont noués, le rein se trouve déjà solidement fixé; deux nouveaux fils doubles vont encore assurer la fixation. En arrière du rein, on traverse avec une aiguille de Reverdin, d'ar-

rière en avant, le carré des lombes, près de son bord antérieur, en ayant soin de ne pas blesser le nerf abdomino-génital, qui doit rester caché plus profondément, en arrière. La pointe de l'aiguille sort par la face profonde du muscle et ramène d'avant en arrière, un des deux chefs du deuxième fil : ce chef est noué avec l'autre bout du même deuxième fil, formant ainsi une anse qui embrasse le bord du carré lombaire. En avant, l'aiguille traverse de la surface à la profondeur, le tiers le plus profond de la paroi musculaire, à un centimètre du bord de la plaie et ramène un des deux chefs antérieurs du second fil double qui sera noué avec l'autre chef du même fil, formant ainsi une boucle qui embrasse la partie profonde de la paroi musculaire. Il convient de passer d'abord, à travers la partie profonde de la paroi musculaire les chefs postérieur et antérieur du deuxième fil avant de faire les nœuds : le chirurgien soutient ensuite le rein en bonne position pendant que l'aide noue les fils. Lorsque les deux fils capsulaires ont été noués, le viscère se trouve caché par son tiers supérieur sous les côtes; sa face postérieure est en contact avec le carré lombaire et sa face antérieure avec la face profonde du transverse de l'abdomen. En dessous du rein, la graisse capsulaire comble plus ou moins la plaie. Albarran recommande de toujours drainer.

Dans toute l'étendue de la plaie, les bords musculaires et l'aponévrose sont soigneusement suturés par des points séparés au catgut n° 2. On commence par l'angle inférieur de la plaie, parce que, à ce niveau, les muscles profonds se rétractent fortement en avant, et on ne pourrait les suturer bien, si la portion haute de la plaie était déjà fermée. Avec une pince à griffes, on prend et on attire cette portion rétractée du transverse et du petit oblique, de manière à ce qu'elles soient bien prises par une grande aiguille courbe de Reverdin, qui traverse toute l'épaisseur des deux lèvres musculo-aponévrotiques de la paroi. Lorsque la paroi est très épaisse, si on n'a pas une grande aiguille, on est souvent obligé de faire, en deux temps, ces sutures les plus inférieures. On fait ainsi une série de points séparés, qui réunissent dans toute leur étendue les bords musculaires. Au niveau même du rein, ces points ne comprennent pas en arrière le carré des lombes, ni la partie la plus profonde de la paroi en avant, parce que ces muscles ont déjà été fixés au rein; mais, tout le restant de la tranche musculaire va se trouver

ramené au-dessus du bord convexe du rein qui reste ainsi profondément inclus.

Pour que la suture de la paroi musculaire soit bien solide, il convient de placer les fils séparés, à peu près à un centimètre et demi de distance les uns des autres; il est nécessaire encore de placer quelques points intermédiaires, plus superficiels, pour bien affronter les deux lèvres aponévrotiques antérieure et postérieure qui ne se correspondent pas très exactement lorsque les fils profonds ont été noués. Suture de la peau au crin, le drain passant au niveau du quart inférieur de la plaie.

Procédé de ROUVILLAIN [1]. — Ce procédé ne diffère du procédé d'Albarran que par la recherche d'une fixation haute du rein, que l'auteur obtient en réséquant systématiquement la douzième côte, en décollant le cul-de-sac pleural et en passant les fils supérieurs au-dessus de la onzième côte.

Le fragment costal enlevé, dit l'auteur, la protection de la séreuse devient extrêmement commode. La main gauche tout entière est introduite dans la brèche, entre la paroi costale et la plèvre qu'on décolle sur une assez grande étendue (deux ou trois centimètres), protégeant ainsi le passage de l'aiguille courbe, qui, introduite au-dessus de la onzième côte, vient en râcler la face profonde pour ressortir à son bord inférieur. Quand, par mégarde, l'ouverture de la plèvre a lieu, cet accident est bénin. Ce procédé n'a été employé par l'auteur que sur le cadavre, mais il a été appliqué par le docteur Chazarin sur trois malades.

Procédé d'ALBARRAN-MARION.

C'est le procédé d'Albarran qu'emploie M. Marion, en le modifiant un peu dans les détails.

Comme M. Albarran, M. Marion fixe son rein par quatre lambeaux capsulaires obtenus par l'incision en croix de la capsule décortiquée; comme lui, il fixe les lambeaux capsu-

1. Rouvillain. Thèse de Paris, 1909-1910, p. 53-65.

laires supérieurs à la région costale; comme lui encore, il tasse la graisse au-dessous du pôle inférieur du rein.

Voyons maintenant les modifications que M. Marion apporte à ce procédé. Ces modifications sont au nombre de quatre :

1° M. Marion évite toujours de décapsuler le pôle inférieur du rein et la région juxta-hilaire.

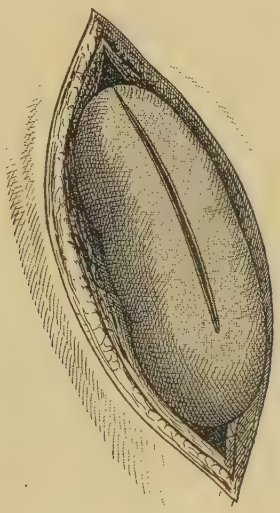

Fig. 37. — Procédé d'Albarran-Marion.

2° Il fixe les lambeaux capsulaires supérieurs le plus haut possible, au-dessus de la onzième côte.

3° Pour la fixation des deux lambeaux capsulaires inférieurs aux lèvres musculaires de la plaie, il a soin de passer ses fils à la face profonde du muscle, de manière à se garder le plus possible *d'étoffe musculaire* pour recouvrir le rein.

4° Il ne se contente pas de tasser la graisse au-dessous du rein, mais encore il l'y maintient par un fil, dont les chefs sont passés, après un premier nœud sur la graisse, dans les lèvres musculaires de la plaie.

Nous allons revenir rapidement sur l'intérêt que présentent ces quelques modifications.

1° M. Marion estime qu'il faut dans la décapsulation respecter le pôle inférieur et la région juxta-hilaire. Lorsqu'en effet, on a libéré le pôle inférieur du rein de la capsule qui le

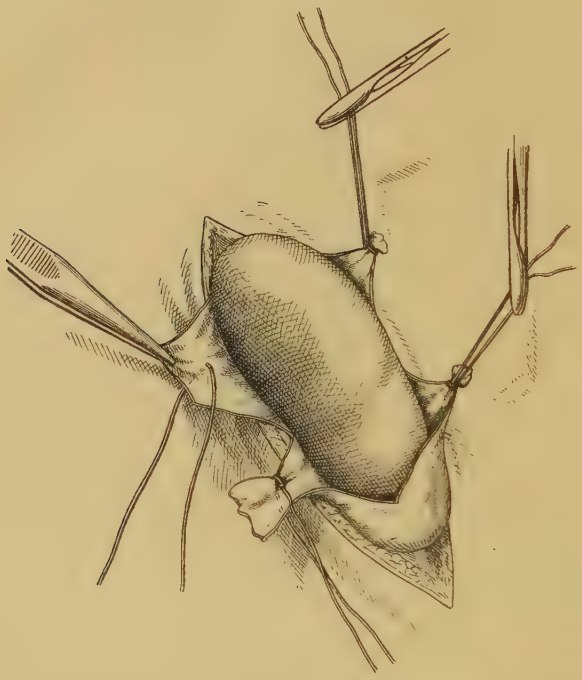

Fig. 38. — Procédé d'Albarran-Marion.

recouvre, les lambeaux capsulaires inférieurs se transforment en deux cordons, dont la surface d'attache au rein, immédiatement sous-jacente au hile, est dès lors réduite au minimum. Au contraire, en ne détachant pas la capsule au niveau du pôle inférieur, on peut ne pas pousser la décortication jusqu'au niveau du hile : de la sorte, les deux lambeaux capsulaires inférieurs représentent assez bien les deux extrémités d'un petit hamac fibreux, qui soutient efficacement la partie infé-

rieure du rein, du fait même qu'il prend une large insertion tant sur le pôle lui-même que sur toute la partie du bord interne comprise entre le hile et le pôle. Le rein sera donc mieux soutenu et moins ballant. On a évidemment réduit l'étendue de la zone décortiquée, mais dans une si faible

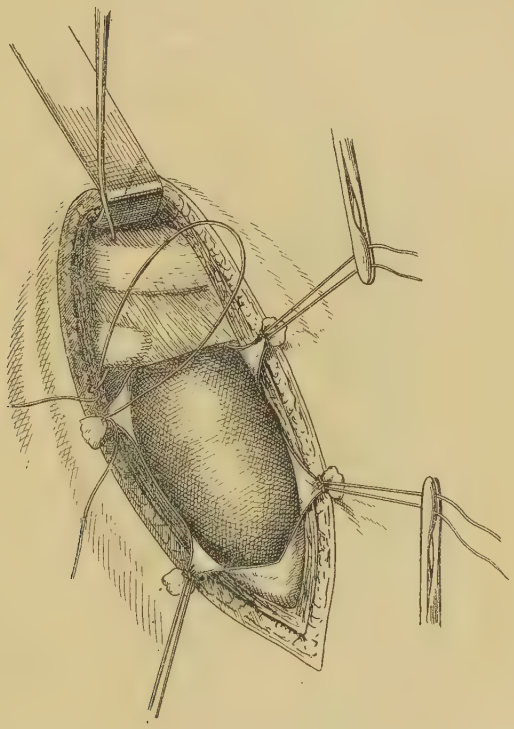

Fig. 39. — Procédé d'Albarran-Marion.

mesure que cela ne peut pas compromettre la bonne fixation de l'organe.

2° La fixation des deux lambeaux capsulaires supérieurs à la hauteur du dixième espace intercostal, toutes les fois, bien entendu, où la chose est possible, et elle l'est le plus souvent, est un des points sur lesquels insiste le plus M. Marion. Il convient, d'après lui, de fixer le rein aussi haut qu'on le peut, et de tenter de le remettre en position normale. Pour cela,

M. Marion n'hésite pas à traverser le dixième espace au ras du bord supérieur de la onzième côte et à risquer ainsi de traverser le cul-de-sac pleural; ceci n'a d'ailleurs aucun inconvénient; nous y reviendrons quand nous discuterons l'intérêt de la *fixation haute*.

Disons à ce propos que M. Marion pratiquait systématique-

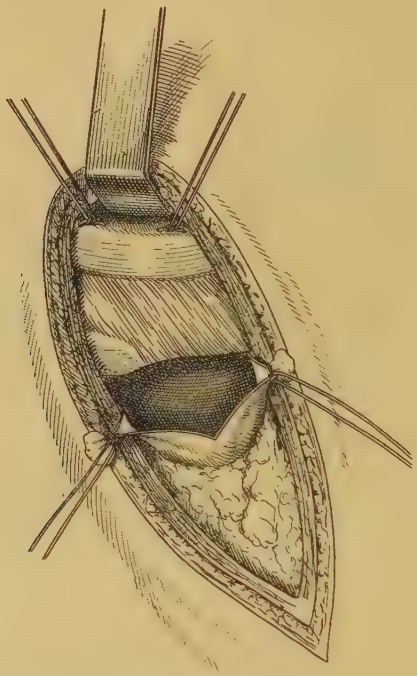

Fig. 40. — Procédé d'Albarran-Marion.

ment, il y a encore quelques mois, la résection de la douzième côte, quand elle affectait la variété longue; depuis qu'il se sert de la grande aiguille d'Albarran, il estime que ce temps opératoire devient le plus souvent inutile, cette aiguille étant suffisamment longue pour qu'on puisse la faire pénétrer au-dessus de la onzième côte et la faire ressortir facilement au-dessous de la douzième : c'est évidemment une simplification opératoire.

3° Afin de conserver suffisamment « d'étoffe musculaire » pour recouvrir le rein, M. Marion recommande, et la figure 43 permet de s'en rendre bien compte, de passer les fils à la face profonde de la paroi musculaire, à distance des lèvres de la plaie (Voir aussi fig. 41).

4° Enfin, M. Marion est d'avis qu'il ne peut être mauvais de maintenir à l'aide d'un catgut la graisse qu'on a tassée au-

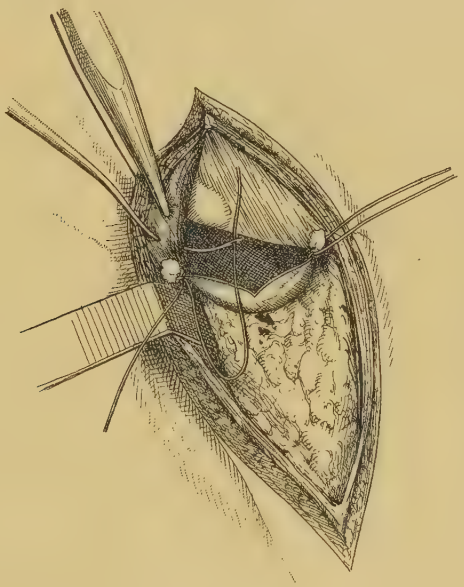

Fig. 41. — Procédé d'Albarran-Marion.

dessous du rein; on a de la sorte, et à peu de frais, un moyen de soutien complémentaire de l'organe.

Le procédé d'Albarran étant par ailleurs décrit complètement, nous nous contenterons ici de résumer brièvement les temps opératoires de la néphropexie telle que la pratique M. Marion.

1° Incision lombo-abdominale curviligne.

2° On saisit avec des pinces l'atmosphère graisseuse périrénale, le plus en arrière possible, et on l'incise.

3° On extériorise le rein en le libérant des adhérences qui pourraient le retenir; cette extériorisation est généralement aisée.

4° D'un coup de bistouri très léger, on incise la capsule fibreuse le long du bord convexe du rein, depuis le pôle supérieur jusqu'à deux bons travers de doigt du pôle inférieur (fig. 37).

5° On décapsule alors le rein de part et d'autre de l'inci-

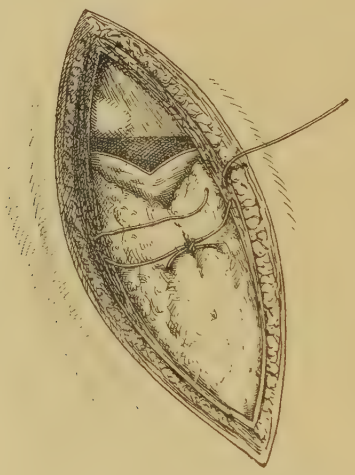

Fig. 42. — Procédé d'Albarran-Marion.

sion, sans pousser trop loin du côté du hile et sans descendre vers le pôle inférieur. On obtient ainsi deux lambeaux capsulaires qu'on sectionne transversalement, de manière à former quatre lambeaux.

6° On traverse la base de chacun de ces lambeaux vers le milieu avec une aiguille, et l'on passe un catgut n° 3. On noue d'abord d'un côté les deux chefs du fil, puis dans un deuxième nœud, on comprend toute la base du lambeau (fig. 38). Les deux chefs de chaque fil sont repérés à l'aide d'une pince.

7° A l'aide de la grande aiguille d'Albarran, on traverse le dixième espace intercostal au ras de la onzième côte, aussi en arrière que possible dans l'espace. Pour bien dégager la région, il est inutile de prolonger l'incision par en haut, il suffit de placer un écarteur à la partie supérieure de la plaie et de le tirer fortement en arrière (fig. 39). L'aiguille est d'abord enfoncée *perpendiculairement* dans l'espace intercostal jusqu'à ce qu'elle ait traversé le diaphragme; mais au préalable on a eu soin d'enfoncer les doigts de la main gauche

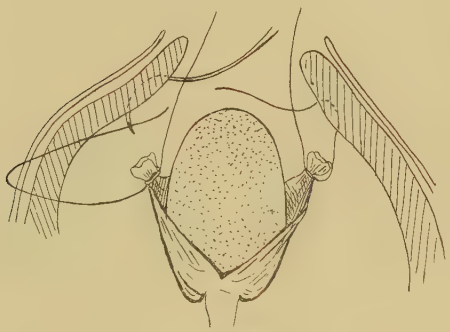

Fig. 43

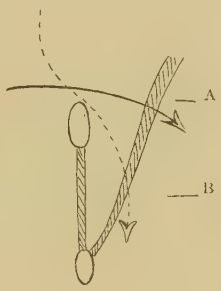

Fig. 44

Fig. 43 et 44. — Procédé d'Albarran-Marion (schémas).

sous les côtes, afin : 1° d'écarter de la paroi thoracique les viscères abdominaux; 2° de sentir la pointe de l'aiguille dès sa pénétration abdominale. Il suffit alors d'un mouvement de bascule de l'aiguille, pour que les doigts guidant sa pointe, ressortent avec elle au-dessous du rebord costal.

A propos de cette manœuvre, la figure 44 montre la faute à éviter, cette faute consistant à contourner trop tôt avec l'aiguille la onzième côte, ce qui fait qu'on ne traverse le diaphragme que beaucoup trop bas et qu'on ne retire aucun bénéfice du passage de l'aiguille au-dessus de la onzième côte, le lambeau capsulaire étant arrêté en B, au lieu d'être remonté jusqu'en A.

L'aiguille passée, on la charge de l'un des chefs du fil qui retient le lambeau capsulaire postéro-supérieur. Puis, toujours dans le dixième espace et de la même manière, on passe à nouveau l'aiguille un peu plus en avant (un centimètre environ) pour aller chercher le deuxième chef du même fil. Déplaçant alors l'écarteur, on traverse encore par deux fois l'espace, mais un peu plus en avant (fig. 40), pour ramener au-dessus de la onzième côte les deux chefs du fil qui retient le lambeau capsulaire antéro-supérieur.

8° Le rein est alors remonté doucement sous les côtes et l'opérateur noue l'un avec l'autre les deux chefs de chaque fil (fig. 40).

9° L'aiguille de Reverdin courbe est alors passée à la face profonde de la lèvre musculaire postérieure de la plaie, le plus haut possible, immédiatement au-dessous de la douzième côte, de manière à ressortir à distance du bord libre de la tranche musculaire (fig. 41 et 43). L'aiguille ayant ramené un des chefs du fil qui retient le lambeau capsulaire postéro-inférieur, ce chef est noué avec l'autre. On fait de même pour les deux chefs du fil du lambeau capsulaire antéro-inférieur, qui sont noués à la face profonde de la lèvre musculaire antérieure de la plaie (fig. 43).

10° La capsule adipeuse qu'on a ramenée au-dessous du rein, y est alors tassée et maintenue serrée contre le pôle inférieur par un fil de catgut (fig. 42) ; après un premier nœud sur la graisse, les deux chefs de ce fil sont passés dans les lèvres musculaires de l'incision, ils serviront au moment de la fermeture de la paroi comme point de réunion musculaire.

11° Après avoir mis un drain dans la partie inférieure de la plaie, on fait la suture de la paroi musculaire en deux plans avec des points séparés de catgut; crins sur la peau.

M. Marion insiste beaucoup sur ce fait que toutes les fois où l'on soupçonne une lésion *appendiculaire* coexistant avec

un rein mobile droit, il conviendra de faire, comme le recommande depuis longtemps M. Legueu, l'appendicectomie par la voie lombaire. C'est une chose, en général, d'autant plus facile que dans l'appendicite chronique, la position rétro-cæcale est fréquente.

Enfin, il est un point qui mérite d'attirer l'attention, ce sont les *fixations coliques*. Depuis que les examens radioscopiques, après ingestion de bismuth, permettent d'étudier les coudures et les ptoses coliques, il ne saurait être mauvais,

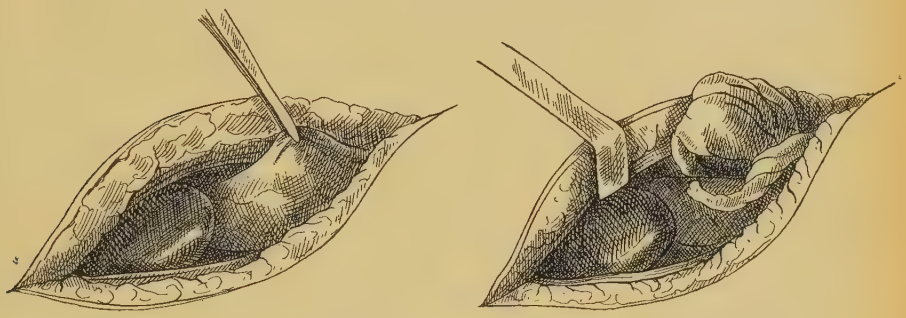

Fig. 45 et 46. — Appendicectomie par voie lombaire (d'après Legueu).

chez les malades qui présentent des phénomènes de stase intestinale, de recourir à ces méthodes nouvelles d'investigation; dans le cas où l'angle colique aurait été entraîné par la ptose rénale (Alglave)[1], la fixation de cet angle serait un complément heureux de la néphropexie; comme l'appendicectomie, cette colopexie se ferait par la voie lombaire.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à signaler trois groupes de procédés :

Les procédés de néphropexie trans ou intra-péritonéales, les procédés de fixation par la capsule graisseuse, enfin le procédé d'inclusion rénale dans un lambeau aponévrotique transplanté.

1. Alglave. Thèse de Paris, 1903-1904 et in *Rev. Chir.* 1904, T. XXX, p. 730.

Procédés de néphropexie trans ou intra-péritonéale.

Procédé de MICKULICZ[1]. — L'auteur cherche à fixer le rein en obtenant la formation d'adhérences entre les surfaces rénale et péritonéale. Il a eu l'occasion d'appliquer ce procédé dans un cas de rein mobile double. Après la laparotomie, le péritoine qui recouvre le rein fut badigeonné avec du collodion iodoformé, et l'organe fut repoussé à sa place habituelle. Aussitôt après l'opération, l'auteur prit soin de maintenir le rein en place à l'aide d'un bandage. Mickulicz eut l'occasion d'appliquer une autre fois son procédé avec le même succès.

Procédé de ROSENBERGER[2]. — Cette opération a été faite par Tischendorf[3] et après lui, par Rosenberger; mais elle appartient, en réalité, à Rosenberger, car c'est lui qui, seul, l'a faite de propos délibéré, tandis que Tischendorf fut amené à fixer le rein au cours d'une laparotomie résolue à la suite d'une erreur de diagnostic. Aussi, cet auteur, n'a-t-il pas à proprement parler créé une opération nouvelle. Il a fixé, comme il a pu, le rein au cours d'une laparotomie entreprise en réalité, pour faire une néphrectomie. Par la voie qu'il avait adoptée, il passa des fils dans l'extrémité inférieure du rein, seule accessible lorsqu'on avait replacé cet organe dans sa situation normale, après ablation d'une tumeur de la vésicule biliaire.

Rosenberger, au contraire, voulut aborder le rein par sa face antérieure. Pour se rendre compte de la situation exacte de cet organe, il fit une vaste incision partant du bord externe de la masse sacro-lombaire et se dirigeant en ligne droite vers l'ombilic, à 8 centimètres environ duquel il s'arrêta. Il ouvrit alors le péritoine et son arrière-cavité? Le rein repoussé en arrière, fut fixé derrière la séreuse, à l'angle postérieur de la plaie; il réséqua ensuite une portion de la capsule graisseuse et, après avoir accolé la capsule propre, ainsi mise à nu, aux deux extrémités de son incision

1. Mickulicz. *Fort. der. Med.*, 1891, T. IX, nº 2, p. 77.
2. Rosenberger. *Münch. med. Woch.* T. XXXV, p. 869-871.
3. Tischendorf. In thèse de Delagénière, p. 44 et p. 73-74.

péritonéale, il maintint en contact toutes ces parties, au moyen d'un fil de soie passé profondément dans le parenchyme rénal. Les suites furent, paraît-il, simples et le résultat parfait.

Procédés de fixation par la capsule graisseuse.

Procédé de HAHN[1]. — Nous ne reviendrons pas sur la description de ce procédé qui date de 1881, puisque c'est par lui que nous avons commencé l'étude de la néphropexie. Nous avons tenu cependant à le placer ici, dans le groupe des procédés dont il est le type.

Procédé d'ANDREWS[2]. — Incision lombaire. Incision longitudinale de la capsule adipeuse dont on fixe les lambeaux aux muscles voisins. On excise une partie de cette capsule s'il y a lieu. L'auteur admet qu'il est préférable d'employer la capsule adipeuse plutôt que la fibreuse pour fixer le rein.

Procédé de Ch. REED[3]. — Il s'agit là d'un procédé de fixation extra-capsulaire du rein, ainsi que son auteur le dénomme. C'est le retour à la fixation de la capsule graisseuse.

Avant de décrire son procédé, il est nécessaire de faire avec l'auteur, une digression sur la structure de la capsule adipeuse. Pour Reed, cette capsule comprend un substratum conjonctif, résistant, recouvrant immédiatement la capsule fibreuse du rein en lui adhérant en maints endroits par des tractus celluleux; ceux-ci furent d'abord pris par l'auteur pour des adhérences pathologiques. Il les considère actuellement, après les avoir constatés dans tous les cas où il eut à intervenir sur le rein lui-même, comme absolument anatomiques et pas du tout pathologiques. Cette couche conjonctive est recouverte d'une épaisseur plus ou moins grande de graisse que l'on peut toujours, d'après Reed, arriver à détacher du substratum conjonctif. Cette structure de la capsule graisseuse, d'après Reed, aurait été entrevue par Hahn, Newmann, Carwardine

1. Hahn. *Cent. f. Chir.* 1881. T. VIII, p. 449-452.
2. Andrews. *Journ. of Amer. med. Assoc.* 1900. T. XXXV, p. 877-880.
3. Reed (Ch.) *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 1910. T. LV, p. 989-991.

et enfin par Longyears. Ce dernier décrivait même la partie inférieure de la couche conjonctive de la capsule adipeuse comme allant s'insérer en bas, à droite au cæcum, à gauche à l'anse sigmoïde, sous le nom de « Nephrocolic ligament ».

Nous avons insisté sur cette description anatomique de la capsule adipeuse, car c'est précisément sur cette conception anatomique que l'auteur a fondé son procédé de néphropexie, qu'il applique depuis 1904.

Voici maintenant le procédé employé : incision lombaire, dilacération plutôt que section des muscles de la paroi. Parvenu sur la capsule adipeuse, l'auteur s'efforce de bien dégager cette dernière du péritoine. Il insiste sur la nécessité de supprimer les adhérences qui pourraient exister entre le péritoine et la couche graisseuse péri-rénale, la persistance de ces adhérences étant, d'après lui, une cause d'insuccès. On extériorise alors le rein enveloppé de sa capsule graisseuse et l'on sort d'abord le pôle supérieur. Ceci fait, il faut débarrasser la partie conjonctive de la capsule adipeuse de la graisse qui la recouvre; pour cela, on se sert d'une compresse de gaze, et l'on arrive ainsi petit à petit à mettre à nu la partie profonde, conjonctive, de la capsule adipeuse. Il faut procéder doucement pour ne pas détruire les adhérences qui unissent cette partie profonde de la capsule adipeuse à la capsule fibreuse. Toujours avec une compresse de gaze, on fera une « friction énergique » sur la capsule fibreuse au niveau du pôle supérieur du rein, là où elle n'est que « rarement recouverte » par la capsule graisseuse. Si elle l'était, on pourrait, dit l'auteur, enlever la graisse, mais en ayant bien soin de ne pas détruire les moyens d'union de la couche profonde de la capsule graisseuse avec la capsule fibreuse. En tout cas, il conviendra de frotter le pôle supérieur du rein, revêtu de sa double capsule jusqu'à ce qu'on voit apparaître sur le rein un piqueté hémorragique.

Après s'être assuré que la loge rénale est bien libre de graisse, on repousse le rein en arrière, de manière à le placer autant qu'on le peut dans sa situation normale, mais sans employer jamais la force. La partie inférieure de la capsule adipeuse, dépouillée de sa graisse, est alors sectionnée transversalement à une distance de un à deux centimètres du pôle inférieur du rein. La partie de la capsule qui entoure le rein est fixée à la face profonde des lèvres

de l'extrémité supérieure de la plaie, tandis que le moignon inférieur de capsule (le nephrocolic ligament de Longyears) est suturé de la même manière à la face profonde de l'extrémité inférieure de la plaie. On ferme la paroi sans drainage ; celui-ci étant, dit l'auteur, absolument inutile.

Procédés de néphropexie par l'inclusion du rein dans un lambeau aponévrotique transplanté.

Procédé d'HENSCHEN[1]. — Il consiste en l'inclusion du rein dans un grand lambeau de fascia, librement transplanté, qui forme autour du rein une seconde capsule ; c'est par l'intermédiaire de cette capsule artificielle que l'auteur fixe le rein à la paroi musculaire postérieure. Après avoir soigneusement dénudé le rein de sa capsule adipeuse et des adhérences périnéphrétiques, Henschen va par une incision de 20 centimètres prélever sur le côté externe de la cuisse un lambeau du fascia lata long de 20 centimètres et large de 15. Quelques fils réunissent les bords du fascia à la partie tendineuse du vaste externe. Le lambeau de fascia détaché est alors sectionné par le milieu dans le sens des fibres longitudinales sur une longueur de 10 centimètres ; à l'extrémité de cette incision c'est-à-dire au centre du lambeau, on ménage un orifice ovalaire par lequel passera librement le pédicule rénal quand le lambeau engaînera le rein. Pour cela le lambeau, dans le sens de sa longueur, est insinué derrière le rein de dehors en dedans ; les petits lambeaux sont engagés les premiers, de telle sorte que dès que leur base d'implantation a atteint le bord interne du rein, ils passent l'un au-dessus, l'autre au-dessous du hile rénal, celui-ci occupant l'orifice ovale ménagé au centre du grand lambeau.

Ceci fait, les deux petits lambeaux sont rabattus sur la face antérieure du rein et suturés au niveau du bord convexe de l'organe par quelques points séparés de soie fine au bord postérieur du lambeau de fascia qui n'a pas été fendu. Quelques points réunissent les bords adjacents des deux petits lambeaux sur la face antérieure du rein ; en outre le bord inférieur du petit lambeau inférieur est suturé

1. HENSCHEN. *Arch. f. klin. Chir.* Berlin, 1913, C. 962-968 (4 fig.).

au bord inférieur de la partie postérieure du lambeau, de sorte que le rein tout entier, sauf un petit segment de son pôle supérieur se trouve inclus dans une nouvelle capsule, aponévrotique et solide. Le bord postérieur et supérieur, le bord externe et le bord inférieur de cette capsule artificielle sont alors fixés par des points séparés de soie à la masse musculaire postérieure de la loge rénale, et au bord externe du carré des lombes et de la masse sacro-lombaire. Fermeture sans drainage.

Procédé de KOCHER[1]. — L'auteur découpe un lambeau du fascia lata de la cuisse, puis après avoir attiré son rein dans la plaie lombaire, il encapuchonne le pôle inférieur à l'aide du lambeau aponévrotique, dont il a incisé la partie centrale pour que le pôle du rein

Fig. 47. — Procédé de Kocher (de Berne) (d'après *Corresp. für Schweizer Aertze*, T. XLIII, nº 18, 3 mai 1913, p. 545-551, 2 fig.).

soit encastré par l'aponévrose comme une perle dans sa monture. Il fixe ensuite par des points séparés la sangle aponévrotique à la la capsule propre, et, après avoir donné au rein l'orientation nécessaire, il fixe les quatre coins de la sangle aux parois de la fosse lombaire.

1. Kocher (R.) (de Berne). Analyse de P. Mathieu in *Journ. de Chir.* T. IX, nº 2 août 1913, p. 245-246 (1 fig.).

VUE D'ENSEMBLE DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Après avoir montré les débuts de la néphropexie par la fixation de la capsule graisseuse, puis par la suture de la capsule fibreuse et enfin par une pénétration dans le parenchyme rénal, nous avons réparti nos procédés en un certain nombre de groupes.

Nous avons commencé par étudier les procédés de fixation transparenchymateuse et nous avons indiqué tout de suite comment deux tendances différentes se dessinent parmi les chirurgiens. Tandis que les uns, avec Bassini, Duret, Lane, Bazy, n'intéressent que la corticalité de l'organe, les autres après Ceccherelli, Guyon, Lucas-Championnière, pénètrent hardiment dans le rein.

Dans le premier cas, les auteurs, qu'il s'agisse de Bassini, de Duret ou de Lane, tout en pénétrant superficiellement dans le rein, recourent à la fixation de la capsule adipeuse, à laquelle ils attribuent un rôle efficace.

Dans ce groupe, nous avons cité le procédé de M. Bazy parce qu'il date, d'après les renseignements fournis par Malterre, de 1885, et qu'il a sa place entre le procédé de Bassini et celui de Duret; comme eux, M. Bazy utilise la capsule adipeuse dont il fait un hamac qui soutient le pôle inférieur du rein. Mais si nous n'avons fait que signaler le procédé de

M. Bazy à cette place, c'est que celui-ci s'efforçant de plus en plus, de ne passer son aiguille (une Hagedorn) que sous la capsule fibreuse, son procédé devient le chef de file d'une série d'autres que nous désignerons sous le nom de procédés *à fils sous-capsulaires*. Nous avons voulu ainsi bien souligner que dans tous ces procédés, les fils fixateurs passent uniquement sous la capsule fibreuse, sans pénétrer même dans la corticalité du rein. Nous avons rejeté l'étude de ce groupe après celle des procédés *transparenchymateux* vrais, qui constituent notre deuxième classe de procédés.

Dans cette classe, à la suite de Küster, de Swennson, de Ceccherelli, les auteurs traversent hardiment le parenchyme rénal. Nous avons décrit un premier groupe de procédés dans lesquels, à l'exemple de M. Guyon, de M. Lucas-Championnière, les chirurgiens ne se soucient plus du tout de la capsule adipeuse ; dans un deuxième groupe, on fait jouer un rôle à la capsule graisseuse; dans un troisième, on recourt au tamponnement et à la réunion par seconde intention; dans un quatrième enfin, les auteurs transfixent le rein avec des ligaments vivants, empruntés aux parties voisines, périoste ou tendons; dans ce dernier groupe, nous avons distingué les procédés qui ont été appliqués sur le vivant, de ceux qui n'ont eu qu'un caractère purement expérimental.

Enfin, nous avons terminé par le procédé de Newmann qui nous a servi de transition entre les procédés transparenchymateux purs et les procédés à fils sous-capsulaires. Ce procédé, en effet, se rattache aux transparenchymateux, puisque l'auteur transfixe le rein, mais il n'y passe qu'un seul fil et encore celui-ci n'est-il que temporaire, tandis qu'il passe une série de fils uniquement sous la capsule fibreuse, comme dans les procédés que nous décrivons ensuite.

Le procédé de M. Bazy qui vient en tête des procédés à fils sous-capsulaires n'a pas eu beaucoup d'adeptes en France;

par contre, à l'étranger, en Amérique notamment, Goelet et d'autres décrivent quelques procédés du même genre.

Puis viennent les procédés de fixation *transparenchymateuse avec décapsulation*. Tous les procédés de ce groupe dérivent de ceux de Llyod et de M. Tuffier. Nous avons distingué parmi eux, ceux dans lesquels la capsule décortiquée est réséquée, comme dans le procédé de Lloyd-Tuffier, ceux dans lesquels les lambeaux de capsule décortiquée sont conservés, ceux enfin dans lesquels les lèvres capsulaires, après incision ou excision, sont fixées à la paroi.

Dans les procédés de fixation périphérique par *enclavement cicatriciel* qui viennent après, grande est la variété suivant que les auteurs n'emploient ni tamponnement ni caustiques, ou qu'ils emploient le tamponnement et les caustiques, ou le tamponnement sans caustiques; d'autres encore recourent à l'enclavement obtenu au moyen de supports temporaires, sans sutures ni parenchymateuses, ni capsulaires.

Dans le groupe des procédés de fixation par *enclavement non cicatriciel*, les auteurs rivalisent d'ingéniosité, et c'est souvent aux dépens de la simplicité.

Enfin, voici le groupe si important des procédés de fixation périphérique par la *capsule décortiquée*, où nous avons distingué trois sous-groupes, suivant que les auteurs forment avec la capsule décortiquée un, deux ou quatre lambeaux.

Dans chacun de ces sous-groupes, nous avons isolé les procédés de fixation capsulaire purs, de ceux où l'on a eu recours à d'autres éléments de fixation, c'est-à-dire soit à la capsule graisseuse, soit à la méthode du tamponnement et des caustiques. Dans ces procédés que nous avons dénommés *mixtes*, la fixation capsulaire est toujours néanmoins prédominante.

Nombreux sont les procédés à deux lambeaux capsulaires : les auteurs s'ingénient à diversifier les moyens de fixer les

lambeaux à la paroi de manière à obtenir un bon affrontement de la zone rénale, mise à nu, avec les muscles. Tandis que la plupart prélèvent ces lambeaux au niveau de la partie moyenne du rein, qui sur la face postérieure, qui sur le bord externe, d'autres, voulant remonter le rein le plus possible sous les côtes, resèquent la capsule au niveau de la moitié supérieure de l'organe, et ne conservent de lambeaux qu'au niveau de la moitié inférieure (Casper). D'autres auteurs découpent la capsule en deux bandelettes, avec lesquelles ils réalisent des procédés au moins ingénieux; c'est le procédé en « anse de panier » de Werelius; ce sont les procédés de Vogel et de Moser qui fixent le rein, comme par deux bretelles, à la douzième côte.

Les procédés à lambeau capsulaire unique sont peu nombreux.

Quant au groupe des procédés à quatre lambeaux, il est uniquement représenté par le procédé d'Albarran, auquel Rouvillain et M. Marion ont apporté des modifications sur lesquelles nous avons longuement insisté.

Les procédés de fixation trans ou intrapéritonéale n'ont qu'un intérêt documentaire.

Les procédés de fixation de la capsule graisseuse, après le long abandon que l'on sait, reviennent sur l'eau en ces dernières années avec Andrews et Reed. Ils traduisent le désir de ne plus intéresser le parenchyme rénal de quelque manière que ce soit.

C'est la même préoccupation sans doute qui a fait inventer à Henschen et à Kocher leurs procédés d'inclusion du rein dans un lambeau aponévrotique transplanté.

CRITIQUE DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Il n'est pas question ici de faire une critique individuelle des procédés que nous venons de décrire. Comme nous le disions dans notre avant-propos, un bon procédé est, avant toute autre considération, un procédé qui fixe bien le rein et qui donne de bons résultats ultérieurs. Or, dans la plus grande majorité des cas que nous avons décrits, nous ne connaissons que la technique et non les résultats obtenus. Cette seule raison suffirait à empêcher toute critique pour la plupart d'entre eux; néanmoins, en nous plaçant à un point de vue très général, nous verrons qu'on peut dégager assez vite une opinion, non sur la valeur absolue de ces différentes classes de procédés, mais sur leur valeur relative.

Pour les procédés de fixation par la capsule graisseuse, il serait à peine besoin d'en parler, sinon au point de vue de leur intérêt historique, si récemment, Andrews en 1900, Ch. Reed en 1910, n'avaient essayé de réhabiliter ce procédé de fixation. Certes, il a pour lui ce fait capital qu'il est le moins traumatisant de tous les procédés. Les expériences de Vanneufville ont bien prouvé que la capsule adipeuse pouvait former des ligaments fixateurs, mais elles ont aussi prouvé que ces ligaments peu solides par eux-mêmes, demandaient pour résister, l'appui d'un autre élément, parenchymateux

ou capsulaire. Ch. Reed prétend que la capsule fibreuse et la capsule graisseuse sont intimement et normalement adhérentes; ce qui fait que tout en ne fixant que la capsule graisseuse, Reed dit suspendre indirectement le rein. Il convient d'ajouter qu'il se sert d'une partie de la capsule graisseuse comme d'un tampon pour soutenir le rein.

Il est certain qu'il est des ptoses où le rein ne demande qu'à « rester dans sa loge », de ces ptoses qui guérissent après un accouchement, un repos prolongé; c'est dans ces cas qu'un procédé de ce genre peut donner des résultats; mais quelle que soit la nature des liens qui rattachent les deux capsules, fibreuse et adipeuse, on ne peut s'empêcher de craindre dans la suite pour ce procédé un certain nombre d'insuccès opératoires.

Quant aux procédés transparenchymateux, que peut-on en dire?

Il serait osé de prétendre, comme le font certains partisans trop zélés de tel ou tel procédé de fixation capsulaire, que ce sont des procédés qui n'ont plus à l'heure actuelle aucune valeur. C'est un jugement un peu rapide pour une méthode qui a donné des résultats aussi excellents dans les mains de M. Guyon, de M. Lucas-Championnière, de M. Albarran, de M. Tuffier, de M. Hartmann, de M. Legueu, etc. Dans quelques-unes de nos premières observations d'ailleurs, c'est ce procédé également qu'employait M. Marion. Nous montrerons que les résultats en furent très bons.

Évidemment cette méthode a contre elle aujourd'hui ce fait, que des chirurgiens comme Albarran ont cru devoir la remplacer par la méthode capsulaire, ce fait aussi que d'autres, qui la pratiquaient, s'ils n'ont pas renoncé à la méthode, ont pour ainsi dire abandonné la néphropexie elle-même.

Mais, ne resterait-il pour défendre la transparenchymateuse que M. Lucas-Championnière, avec sa statistique de

70 néphropexies et les résultats heureux qu'il a obtenus, que cela suffirait à empêcher d'en dire du mal.

Voyons donc rapidement néanmoins les gros reproches qu'on a faits à cette méthode :

La transfixion dit-on, expose à l'hémorragie, et à une hémorragie qui peut être l'occasion d'hématomes; or, on connaît la possibilité de l'infection de ces hématomes et la durée souvent très longue des suppurations qui se développent au sein de l'atmosphère graisseuse péri-rénale. — M. Lucas-Championnière répond à cela qu'il ne nie pas la possibilité des hématomes, mais que jamais il n'a vu d'hématomes suppurer, et cela grâce à sa méthode d'antisepsie rigoureuse. D'autres auteurs diront qu'une bonne asepsie doit mettre à l'abri de pareils ennuis; comme il ne s'agit pas de remettre en cause ici, à propos de la néphropexie, la question de l'asepsie et de l'antisepsie, passons.

Disons encore à ce propos que la suppuration, quand elle s'est développée, a été souvent entretenue très longtemps par l'élimination des fils transparenchymateux, surtout lorsque les fils employés n'étaient pas résorbables. Dans ces derniers cas, il y a eu parfois des fistules qui ont nécessité une réintervention.

La transparenchymateuse a un autre inconvénient, dit-on, encore : les fils coupent le tissu rénal. C'est pour éviter cet inconvénient que M. Guyon avait imaginé son procédé en échelons (V. procédé de Guyon). M. Legueu obtient d'ailleurs un résultat analogue (V. procédé de Legueu) en nouant l'un avec l'autre, après la traversée des lèvres musculaires de la plaie, les deux chefs de chaque fil double.

M. Lucas-Championnière, qui n'emploie pas le procédé en échelons de Guyon, se sert de catguts énormes qui ont évidemment moins de tendance à couper que les catguts dont on se sert couramment; d'autre part, il évite soigneusement

de serrer trop fort; enfin, il a une habitude très grande de cette manœuvre. Néanmoins, il reconnaît qu'il lui est arrivé, au début, de couper quelquefois le tissu rénal; il passa dans ce cas le fil à côté, et jamais il n'en observa d'inconvénients. Donc, cet argument n'a pas une grosse valeur, puisque, par un moyen ou par un autre, l'ennui est évitable.

La fixation dans la transparenchymateuse pure, sans décapsulation, n'est pas solide, dit-on également, le rein n'étant fixé que par une série de petits ligaments très minces, correspondant aux fils de suture et s'insérant au rein par conséquent, au niveau de l'orifice de traversée capsulaire du fil. L'argument est valable; c'est pour cela que l'on imagina la transparenchymateuse avec décapsulation qui donne une surface d'adhérence égale à l'étendue de la zone dénudée.

Mais on a reproché aux fils de couper encore plus facilement le rein quand ce dernier a été trop largement décapsulé; c'est encore pourquoi les auteurs ont limité l'étendue de la zone décortiquée. — M. Legueu qui, en 1906, écrivait qu'il faisait une décapsulation complète, recommande l'hémi-décapsulation postérieure dans son traité de 1910.

C'est aussi pour remédier dans une certaine mesure à la déchirure du rein, que beaucoup d'auteurs, au lieu de réséquer la capsule fibreuse décortiquée, la conservèrent en la rabattant sur les faces de l'organe, protégeant ainsi la zone de passage des fils transfixiants, d'une double épaisseur capsulaire. C'est ce procédé qu'employait M. Marion avant de se servir du procédé capsulaire d'Albarran (V. fig. du procédé de Jonnesco).

Mais, dira-t-on, M. Lucas-Championnière ne fait pas de décapsulation et cependant, il n'a pour ainsi dire jamais observé de récidive après ses néphropexies. Cela est vrai, mais M. Lucas-Championnière, nous l'avons déjà signalé, emploie d'énormes catguts, d'où il résulte que les ligaments

fibreux qui s'organisent autour de ces fils sont manifestement plus épais que ceux que l'on obtient avec des fils d'un diamètre moindre; enfin et surtout, étant donné les dimensions respectables de ces catguts, M. Lucas-Championnière reconnaît que leur passage à travers la capsule y fait une brèche suffisante pour qu'une partie appréciable de tissu rénal soit ainsi dénudée, sans qu'il soit besoin de recourir à une véritable décortication.

Il est encore un argument que l'on oppose souvent à la transparenchymateuse avec ou sans décortication : c'est que c'est un procédé « brutal » pour le rein.

Quelle est la valeur exacte de cet argument? Cette question a fait couler des flots d'encre. Sans parler de l'hémorragie qui quelquefois, quoi qu'on en dise, est gênante, c'est surtout le traumatisme « histologique » qu'on envisage. Manifestement, il se développe dans le parenchyme une zone de sclérose autour du fil qui l'a traversé; c'est un point admis. Mais la question est de savoir si en dehors de ce dommage histologique, il y a eu un dommage clinique réel. Là-dessus, les auteurs de répondre suivant leurs préférences personnelles, mais sans invoquer d'arguments définitifs. D'une part, ceux qui préconisent la transparenchymateuse, déclarent qu'ils n'ont jamais observé aucune conséquence nuisible de la transfixion; c'est évidemment un argument qui a quelque valeur, surtout quand il est donné par des chirurgiens comme M. Lucas-Championnière qui fait des néphropexies depuis 25 ans et a eu l'occasion de revoir un certain nombre de ses opérés à longue échéance. Les adversaires de la méthode insistent sur ce fait que la néphrite est fréquente dans le rein mobile, que ces zones de sclérose ne peuvent qu'augmenter encore la néphrite ou être pour celle-ci un point de départ si elle n'existait pas déjà. Tout cela a peut-être une valeur plus théorique que pratique; certains auteurs, d'ail-

leurs, sont en train, à l'aide du cathétérisme urétéral, de contrôler l'état de reins antérieurement fixés. Peut-être dans quelques années et surtout quand on aura pu faire ce contrôle avant et après la néphropexie, sera-t-on mieux renseigné sur ce point; en attendant, puisque les méthodes capsulaires permettent d'obtenir une fixation absolument parfaite, et que, bien loin d'agir défavorablement sur le parenchyme, elles sont bien plutôt capables d'améliorer une néphrite existante, il est plus simple de recourir à elles de préférence.

M. Legueu dont les sympathies vont à la transparenchymateuse, n'écrit-il pas dans son traité de 1910 que « les procédés capsulaires sont nés des inconvénients de la néphropexie transparenchymateuse »? et il signale, avec son élève Gardner, la possibilité de fistules urinaires consécutives à la transfixion. Ce dernier accident est évidemment exceptionnel; on peut l'éviter en n'engageant pas l'aiguille trop avant dans le parenchyme quand on opère sur un rein infecté; mais c'est encore pour nous une raison de plus de préférer la méthode capsulaire pure, sans transfixion.

Parmi tous les procédés capsulaires, sans transfixion, nos préférences vont au procédé d'Albarran, et surtout au procédé tel qu'il a été modifié par M. Marion, et que nous dénommons le procédé d'Albarran-Marion.

Indiscutablement, le procédé à quatre lambeaux capsulaires, en nécessitant une décortication très étendue, augmente la surface de la zone d'adhérence, et surtout est d'une exécution plus simple que les procédés à un ou deux lambeaux. Dans ces derniers, ou bien l'on n'emploie que peu de fils et la fixation risque d'être insuffisante, ou l'on multiplie les fils et les manœuvres, et l'opération devient compliquée.

Nous ne voulons pas à ce propos énumérer les qualités du procédé d'Albarran dont les thèses récentes — celles de

Ertzbischoff[1], de Dupuy et de Rouvillain entre autres — se sont suffisamment occupées.

Quant aux modifications que M. Marion a apportées à ce procédé, nous y avons insisté déjà et il n'est pas besoin d'y revenir.

Il nous resterait à juger maintenant les procédés à fils sous-capsulaires, les procédés trans ou intra-péritonéaux et les procédés par enclavement.

Les procédés sous-capsulaires, genre Bazy, qui ont été très employés en Amérique à la suite de Goelet, ont pour eux une simplicité manifeste, et sont aussi peu traumatisants que possible pour le rein. — M. Bazy dit qu'il en a toujours obtenu d'excellents résultats et Goelet s'en déclare enchanté. Pour les juger sûrement au point de vue de leur valeur réelle il faudrait tabler sur des statistiques qui nous font défaut. Néanmoins, tout en encourant facilement le reproche d'être des procédés de fixation en apparence au moins un peu faibles, ces procédés ne doivent pas être rejetés *a priori*, bien au contraire.

Les procédés de fixation intra ou transpéritonéale, ainsi que les procédés de fixation par enclavement non cicatriciel n'ont plus maintenant qu'un intérêt historique.

Quant aux procédés d'enclavement cicatriciel, ils méritent dans l'ensemble, les reproches que leur fait M. Legueu, et celui-ci a raison d'écrire « qu'on peut obtenir à moins de frais et avec moins de danger des résultats pareils ou supérieurs ».

Il ne faut pas oublier cependant qu'employée à titre de complément d'une néphropexie transparenchymateuse ou capsulaire, cette méthode donne d'excellents résultats et n'est plus aussi condamnable quand le tamponnement ne doit pas être

1. Ertzbischoff. Thèse de Paris, 1905-06.

de longue durée, et surtout permet la réunion de la plus grande partie de la plaie par première intention (Casper, Goelet, etc.).

Quant aux procédés d'inclusion du rein dans une capsule artificielle aponévrotique, obtenue par la transplantation d'un lambeau de fascia lata, ils peuvent être de bons procédés de fixation, mais ils sont à coup sûr un peu compliqués, et nous ne pensons pas qu'ils puissent contribuer à remettre en faveur la néphropexie.

Cette critique générale faite, nous voudrions maintenant reprendre quelques détails de technique qui, indépendamment de la méthode employée, n'ont pas cessé d'attirer l'attention des opérateurs. Ces points de technique opératoire sont : 1° la question de la fixation haute; 2° la question du bon recouvrement musculaire du rein.

La question de la *fixation haute* n'a pas été résolue jusqu'ici d'une manière favorable. Devant la difficulté même de son exécution, la plupart des auteurs ont le plus souvent admis qu'elle était parfaitement inutile, ce qui est un moyen de résoudre le problème.

— « Le chirurgien, écrit Albarran[1] dans son *Traité de médecine opératoire* de 1908 ne peut se proposer de remettre le rein dans sa situation normale, la disposition anatomique des viscères s'y oppose. Nous devons essayer de fixer et d'immobiliser le rein dans une situation qui, tout en se rapprochant le plus possible de la position normale, permette le libre écoulement de l'urine par l'uretère..., si l'opérateur, dit-il encore, s'efforçait de placer le rein assez haut pour que, comme à l'état normal, son tiers inférieur seul dépassât le bord inférieur de la douzième côte, il risquerait de pratiquer une mauvaise opération, la position du rein serait défectueuse

1. Albarran. *Traité de Médecine opératoire*, 1908, p. 111-112.

et l'organe mal fixé. On sait combien est fréquente la descente du foie dans les cas de rein mobile; il en résulte que l'espace sous-costal est trop peu profond pour loger le rein verticalement placé : lorsque dans ces conditions, on refoule le rein en haut, en voulant le cacher sous les côtes, son extrémité supérieure glisse en avant, sous la face inférieure du foie

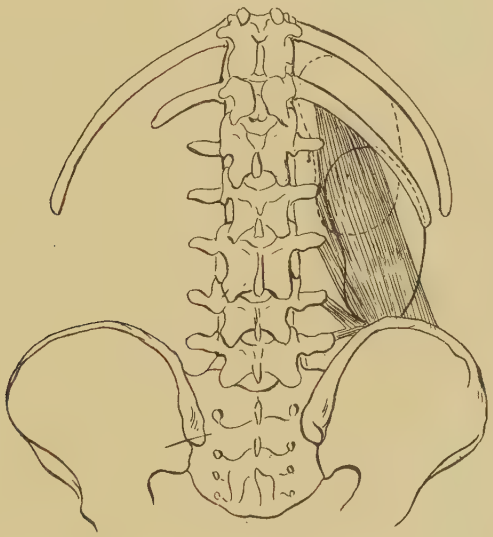

Fig. 48. — Dessin d'après Récamier montrant la position d'un rein fixé bas, comparé à la position normale.

et si on fixait le rein, on aboutirait à déterminer une antéversion forcée. Pour éviter ce grave inconvénient, il ne faut placer sous les côtes que la portion du rein qui peut y tenir verticalement placée, ce qu'on détermine aisément en mesurant avec le doigt la profondeur de l'espace sous-costal.

« Un autre grave inconvénient de trop vouloir cacher le rein sous les côtes, est le défaut de fixité de son extrémité supérieure après l'opération. Dans toute la partie de sa surface cachée sous les côtes, le rein se trouve en contact avec la lame aponévrotique qui remonte sous le diaphragme or, cette

lame aponévrotique, à structure fibreuse, ne donne pas facilement des adhérences solides. D'un autre côté, la partie sous-costale du rein *n'étant pas directement suturée*, suit facilement les mouvements du foie, ce qui contribue à la mal fixer.

« La portion inférieure du rein, celle qui dépasse les côtes, se trouve au contraire bien fixée aux plans musculaires de la paroi. Dans ces conditions, la partie inférieure du rein étant bien fixée et la supérieure mobile, cet organe tend à se placer en antéversion, et les tiraillements sur les adhérences déterminent des douleurs qui peuvent indiquer une opération itérative. Segond et Walther ont dû ainsi opérer un malade pour remédier à l'antéversion consécutive à une néphropexie antérieurement pratiquée. Ces inconvénients doivent nous mettre en garde contre cette conception naturelle, mais trop simpliste, qui consiste à vouloir fixer le rein dans sa situation normale. Il importe aussi de ne pas tomber dans l'excès contraire et de ne pas croire qu'on peut ne tenir compte que de la bonne fixation du rein, sans se préoccuper de sa situation. Il est indispensable que le rein fixé se trouve dans une situation telle que l'orifice de l'uretère dans le bassinet soit située au point le plus déclive, de manière à assurer le libre écoulement de l'urine. »

M. Tuffier[1] écrivait en 1899, dans le *Traité* de Duplay et Reclus, à propos du niveau d'attache des fils supérieurs : « Les fils supérieurs seront attachés au périoste de la face externe de la douzième côte. Le rein ainsi fixé est au-dessous de sa situation normale qu'il est *impossible* de lui rendre *sans perforer le diaphragme*.

« La néphropexie, écrit en 1904 M. le Prof[r] Hartmann[2] doit, pour être une bonne opération fixer le rein dans

1. Tuffier. *Traité* de Duplay et Reclus 1899, T. VII, p. 409.
2. Hartmann. *Traité des Organes génito-urin.* Steinheil, 1904, p. 290.

une position à peu près normale. Nous disons à peu près normale, car le rein à néphropéxier est notablement abaissé; pour le fixer dans sa situation physiologique, il faudrait passer les fils suspenseurs à travers le diaphragme et la plèvre, ce qui n'irait pas sans danger. Aussi est-ce seulement dans une situation voisine de la normale que l'on peut le fixer. Ce qui importe dans la néphropexie ce n'est pas tant de ramener exactement le rein dans sa loge anatomique que de le fixer sur toute son étendue. »

Enfin, à propos de la *fixation haute*, M. Legueu[1] écrit dans son *Traité* de 1910 : « Il faut fixer les fils à la paroi le plus haut possible. On devrait, en effet, fixer le rein dans la même situation qu'il occupe à l'état normal. Mais cet idéal est irréalisable. Normalement, en effet, le rein est en grande partie caché sous les fausses côtes. Pour l'y fixer à nouveau, il faudrait, ou traverser le gril costal, ce qui est impossible, on ne fixer que son extrémité, ce qui est dangereux. Dans ce cas, en effet, le pôle supérieur resté libre, bascule en avant et de cette bascule peut résulter une torsion qui peut quelquefois être la source d'accidents (Walther). Le mieux est donc de fixer le fil supérieur ou à la côte elle-même ou au voisinage de celle-ci. »

Au fond, tout le monde est d'accord : il faut fixer *haut*; mais la fixation en position normale est dit-on *irréalisable*. Quelques auteurs avaient bien pensé à réséquer la douzième côte et à fixer les fils supérieurs au périoste de la onzième, mais la résection de la douzième côte étant susceptible d'ouvrir la plèvre, n'eût jamais de succès. D'autres, ne plaçant de fils fixateurs qu'au niveau de la moitié inférieure de l'organe, engageaient toute la moitié supérieure sous les côtes; mais c'est pour eux que l'objection de M. Albarran a toute sa

1. Legueu. *Traité chir. d'Urologie*, 1910, p. 1125.

valeur : l'antéversion dans ce cas est justement à craindre.

Ce n'est qu'en 1910 que Rouvillain s'attache dans sa thèse à démontrer l'importance de la fixation haute; il préconise la résection systématique et complète de la douzième côte avec dissection et libération du cul-de-sac pleural, et passage des fils au-dessus de la onzième côte. Pour ce passage des fils au-dessus de la onzième côte, l'auteur recommande de bien raser avec l'aiguille la face interne de la côte et de ressortir au-dessous d'elle. Ce procédé qui amène le lambeau capsulaire (car l'auteur préconise le procédé d'Albarran) au-dessous de la onzième côte, découle d'un excellent principe mais la manœuvre de ce décollement du cul-de-sac pleural nous paraît au moins inutile.

Quand ce procédé parut, il y avait déjà plusieurs années que M. Marion passait les fils supérieurs au-dessus de la onzième côte et recommandait la résection de la douzième toutes les fois où elle était longue.

Mais la différence primordiale entre ce que fait M. Marion et ce que propose Rouvillain, c'est qu'au lieu de ressortir l'aiguille au-dessous du bord inférieur de la onzième côte, après en avoir rasé la face profonde, M. Marion plonge franchement son aiguille dans le dixième espace intercostal sans se soucier du cul-de-sac pleural et va ressortir au-dessous du rebord thoracique. Quand la manœuvre que nous avons décrite longuement par ailleurs est effectuée, les lambeaux capsulaires entraînés par les fils, viennent s'accoler non à la face externe du gril costal, mais au diaphragme, à la hauteur du dixième espace intercostal.

Depuis quelque temps, M. Marion qui se sert pour cette manœuvre de la grande aiguille d'Albarran, a renoncé à réséquer la douzième côte. Cette résection qui est indispensable quand on fixe, comme le fait Rouvillain, ses fils à la face externe de la onzième côte, devient en effet, parfaitement inu-

tile quand la fixation se fait à la face interne du diaphragme. Il suffit que l'aiguille soit suffisamment longue, et c'est le cas, pour que, entrée dans le dixième espace, elle puisse ressortir au-dessous de la douzième côte si celle-ci est longue.

Quels sont les dangers de cette traversée pleurale par l'aiguille? Ils sont absolument nuls. L'entrée de l'air dans la plèvre, que nous avons observée plusieurs fois, quand M. Marion pratiquait la résection de la douzième côte, et cela sans aucun inconvénient d'ailleurs, est absolument exceptionnelle maintenant qu'il ne fait plus de résection costale. Ce point ne présente pas, au surplus, l'intérêt qu'on a voulu y attacher. Bien que d'aucuns aient encore de la traversée pleurale une crainte irraisonnée, personne ne peut plus prétendre sérieusement aujourd'hui qu'une piqûre aseptique de la plèvre, quand même elle déterminerait l'entrée de quelques centimètres cubes d'air dans la cavité pleurale puisse présenter le moindre inconvénient. Pour notre part, même dans les cas où en réséquant la douzième côte, la plèvre avait été un peu déchirée, jamais nous n'en avons vu résulter aucun inconvénient pour les malades, si ce n'est un point de côté qui disparaissait rapidement.

Quant à ce fait, signalé par M. Albarran, que le foie s'oppose le plus souvent à l'ascension du rein, si on veut remettre celui-ci à sa place normale, il est absolument exceptionnel. Sur une trentaine d'observations que nous rapporterons, la ptose hépatique n'empêche que deux fois la fixation du rein à la onzième côte.

Pour ce qui est de la crainte que le foie, si l'on fixe trop haut, puisse par sa pression, provoquer une antéversion rénale, c'est là, nous semble-t-il, une considération un peu théorique, si le rein a été bien amarré à la paroi postérieure. Dans la position, en effet, que l'on donne au malade pour pratiquer la néphropexie, le foie tend plutôt à s'écarter de la

paroi postérieure, et l'on peut en engageant la main sous les côtes, avant de remonter le rein, se rendre bien compte qu'il aura une place suffisante pour se loger. D'autre part, quand le malade aura été remis sur le dos, le foie tendra de nouveau à revenir contre la paroi postérieure sur laquelle il appliquera le rein; de sorte qu'au lieu de nuire à la fixation de cet organe, il y contribuera.

La fixation *haute*, telle que la préconise M. Marion, est donc réalisable. Est-elle vraiment utile?

La réponse est délicate, car il semble, comme le fait remarquer M. Lucas-Championnière, que la bonne fixation du rein soit plus utile que la hauteur de cette fixation. Cela paraît indiscutable au moins dans un grand nombre de cas, mais il est certain qu'il en est d'autres où la fixation haute est absolument nécessaire.

Dans deux observations (obs. n° 9 et n° 19), il nous a été donné de saisir sur le vif la différence de résultats obtenus chez la même malade par la fixation haute d'un côté, basse de l'autre, après l'emploi du même procédé opératoire, par des chirurgiens différents.

Dans ces deux cas, la fixation *haute* donna des résultats parfaits, la fixation basse n'améliora pas les douleurs dont se plaignaient les malades avant l'opération.

Ces cas ne sont peut-être pas fréquents, il suffit cependant qu'ils existent, pour qu'il soit préférable de toujours fixer haut, dans l'impossibilité où l'on est de prévoir à l'avance la manière dont se comporteront les malades.

La constance des bons résultats obtenus par M. Marion tient peut-être à l'usage qu'il fait de la fixation haute; il est évidemment impossible de l'affirmer, car on ne peut naturellement savoir ce qui serait advenu si les mêmes malades avaient été fixés plus bas. Seules, nous le répétons, les deux observations où la comparaison a été possible entre les deux

méthodes, donnent à ce point de vue des indications précises.

Est-il donc si étonnant qu'un rein se trouve mieux d'être fixé haut, c'est-à-dire d'être remis à sa place normale? Non certes, et les arguments abondent. N'a-t-on pas plus de chances d'éviter ainsi les torsions ou les coudures du pédicule ou du canal excréteur? N'est-il pas plus logique aussi que par la fixation haute, le rein soit soustrait à toutes les pressions qui, au niveau de la taille, peuvent s'exercer sur lui (corsets, vêtements)? Goelet en 1903, insistait tout particulièrement sur cette nécessité de soustraire le rein à la région de la taille où le placent les fixations trop basses. Si enfin, l'objection que Landau faisait en 1901 à la néphropexie, est applicable à la néphropexie *basse*, elle ne saurait l'être à la néphropexie *haute*. « La néphropexie, dit l'auteur allemand, qui transforme un rein déplacé mais mobile en un rein déplacé mais fixe, est quelquefois nuisible. » Supposons, en effet, une striction appliquée à la taille sur un rein qu'un peu de congestion rend sensible : alors que la mobilité permettrait à ce rein d'échapper dans une certaine mesure à la compression, sa fixité le contraindra à la subir. *C'est pour toutes ces raisons que nous préconisons la néphropexie haute.*

Quant aux moyens que les auteurs ont trouvé pour assurer un bon *recouvrement musculaire*, ils sont multiples. Ce recouvrement est destiné à éviter la hernie rénale, qui, si elle est gênante au moment de la réfection de la paroi, peut être aussi une source d'ennuis ultérieurs, si le rein, mal recouvert, a une situation trop superficielle.

Nous avons indiqué comment M. Marion s'assurait deux bonnes lèvres musculaires en passant ses fils à distance du bord libre de celles-ci, et en restant toujours à la face profonde des muscles. M. Lucas-Championnière a, lui aussi, un recouvrement musculaire parfait puisqu'il noue l'un avec

l'autre les deux chefs de chaque fil après que chacun d'eux a traversé la lèvre musculaire correspondante de la plaie, à distance de son bord libre.

M. Legueu passe chaque fil, comme M. Lucas-Championnière, à travers les lèvres musculaires, mais pour éviter de déchirer le parenchyme rénal en portant l'effort de la ligature sur le rein en même temps que sur les muscles, il noue l'un avec l'autre, non pas les deux chefs d'un même fil, mais les deux fils d'un même groupe, chefs antérieurs ensemble, chefs postérieurs ensemble. Le recouvrement musculaire est parfait.

M. Albarran lui, recommande de ne fixer les fils qu'à la partie profonde des bords libres des lèvres musculaires, afin de pouvoir réunir facilement la partie superficielle des muscles.

D'autres auteurs, ne fixent le rein qu'à l'une des lèvres de la plaie, et obtiennent ainsi un résultat à peu près analogue, l'une des lèvres étant dans ce cas, toujours mobilisable, et le rein, abrité par l'autre lèvre, ne faisant pas hernie dans la plaie.

En terminant ce chapitre, rappelons qu'il ne sera jamais inutile de bien s'assurer par la situation respective des éléments du pédicule que le rein est en bonne position avant de le fixer. Ceci peut paraître une recommandation superflue, mais tout récemment, M. Marion a eu l'occasion de réopérer une malade dont le rein avait été fixé, à n'en pas douter, en position vicieuse.

Voici d'ailleurs l'observation de cette malade qui est à ce point de vue des plus intéressantes.

Mme R..., âgée de 35 ans, couturière, entre le 8 décembre 1911 dans le service de M. Marion à Lariboisière pour des douleurs dans la région rénale droite et pour des hématuries.

La malade se présente avec des symptômes de lithiase rénale. Disons qu'en 1907, on lui avait fait, dans une clinique privée, une néphropexie droite.

Le 19 décembre 1911, cette malade est opérée par M. Marion.

Quel ne fût pas l'étonnement de M. Marion, au cours de l'opération, de ne pas trouver le bassinet lors d'une première recherche. Examinant alors complètement le rein, M. Marion finit par découvrir l'uretère qui passait comme une corde en avant des vaisseaux.

Le pôle supérieur du rein était devenu inférieur. Or, le rein ne présentait plus trace de mobilité. M. Marion pensa alors que ce rein avait été fixé en mauvaise position, c'est-à-dire pôle supérieur en bas, quatre ans et demi auparavant; et cela n'avait provoqué aucun des troubles auxquels on aurait pu s'attendre.

M. Marion remit le rein en position normale, fit une néphrotomie et retira un calcul.

L'erreur est beaucoup plus facile à co mmettre, en effet qu'on ne peut le croire et au cours d'une opération récente, M. Marion aidant l'un de ses internes (Obs. n° 23) constata au moment où on allait fixer le rein, que celui-ci se congestionnait. Cela était dû à ce fait que le rein était tordu autour de son pédicule, le pôle supérieur étant devenu inférieur et la face postérieure, antérieure.

La recommandation que nous faisions tout à l'heure n'est donc pas inutile, pas plus d'ailleurs que celle que fait M. le Prof[r] P. Delbet[1], de toujours explorer le bassinet, avant de faire la néphropexie, pour ne pas méconnaître un calcul.

Nous avons négligé deux petits points de technique chirurgicale générale qui trouvent ici leur place.

— Doit-on employer des fils résorbables ou non résorbables?

— Doit-on drainer?

1. Delbet (Pierre). *La Clinique*, 7 juillet 1911, p. 422.

Nous n'entamerons pas à ce sujet de discussion. Nous dirons seulement notre manière de faire.

M. Marion préfère les fils résorbables et draine toujours, les drains étant retirés au bout de deux, trois ou quatre jours suivant les cas.

OBSERVATIONS

Observation 1.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

D..., âgée de 34 ans, entre le 16 décembre 1908, dans le service pour des douleurs dans le bas-ventre et dans les lombes.

Antécédents personnels : à l'âge de 4 ans, la malade serait devenue subitement aveugle, et la vue serait revenue sept ans après. Elle a eu une enfance très maladive. Scarlatine à 3 ans, fièvre typhoïde à 12 ans. Elle a été réglée à 15 ans 1/2, jamais régulièrement. Elle a eu quatre enfants venus à terme, mais son premier accouchement fut suivi de métrorrhagies assez abondantes pour lesquelles elle fut soignée à l'Hôpital Tenon. Les autres accouchements se sont passés normalement.

C'est il y a dix ans que la malade a ressenti pour la première fois des douleurs analogues à celles pour lesquelles elle entre actuellement dans le service. A ce moment d'ailleurs la malade avait des pertes blanc jaunâtre, épaisses, d'odeur fétide, et ressentait une cuisson à la miction. Les urines étaient « sanglantes et troubles ». Ces symptômes s'amendent après un repos assez prolongé et des injections de tannin et de permanganate.

Il y a quatre ans, la malade a eu des maux de tête fréquents et des nausées. Elle aurait même eu de l'œdème des membres inférieurs. Les urines seraient redevenues troubles. Le repos produit une grande amélioration, mais jamais la malade n'a été complètement guérie.

Il y a un mois, elle fut soignée pour une « bronchite » à l'hôpital

Saint-Antoine, d'où elle fut envoyée dans le service Civiale pour ses douleurs au niveau des reins.

A l'examen : l'inspection révèle après les repas un gonflement de la région épigastrique; elle a même une véritable éventration épigastrique. — Les régions rénales sont douloureuses à la pression. Le rein gauche est légèrement abaissé, mais peu volumineux et réductible. Le rein droit est gros, douloureux, difficilement réductible. Les urines sont légèrement troubles, peu abondantes : elles ne contiennent ni pus, ni albumine. La malade accuse encore une légère sensation de brûlure à la miction. — L'examen de l'appareil génital décèle un prolapsus utérin et de la rétro versionutérine. — Au point de vue de l'état général, la malade est une neurasthénique. Elle a été soignée à la Salpêtrière pendant cinq mois, il y a une dizaine d'années. Elle présente des troubles dyspeptiques.

Opération le 5 janvier. Néphropexie droite par le procédé de Guyon avec décapsulation, à la Jonnesco. Fixation des fils supérieurs à la douzième côte. Le bassinet et l'uretère sont examinés; ils ne sont pas dilatés. L'opération fut faite par M. Périneau aidé par M. Marion.

Suites opératoires immédiates : la malade a bien supporté l'opération; elle est seulement un peu affaiblie. Dans les jours qui suivent, elle se plaint encore de quelques douleurs au niveau de son rein droit.

Nous n'avons pu avoir aucune nouvelle de cette malade.

Observation 2.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

L..., Adèle, âgée de 25 ans, infirmière à l'hôpital, entre dans le service le 31 janvier 1908 parce qu'elle souffre dans le ventre.

Ces douleurs durent quinze jours. Elle en rapporte l'origine à un gros effort qu'elle aurait fait. Il s'agit de douleurs modérées qui surviennent plusieurs fois dans le cours d'une journée. C'est à l'occasion d'un effort, lorsque la malade doit laver par terre par exemple, ou soulever quelque chose de lourd, qu'elle ressent un point de côté assez vif à droite, mais qui dure très peu. La malade

n'a jamais eu de grandes crises douloureuses, ni de vomissements, ni de fièvre.

A l'examen, on trouve un rein mobile droit, rien à gauche —. L'examen de l'appareil génital montre, en même temps que l'absence de lésions, que la malade est enceinte de deux mois.

L'opération est faite par M. Marion le 3 février 1908. Incision lombaire habituelle. Dégagement du rein. La capsule propre est incisée et deux lambeaux capsulaires sont rabattus sur les faces antérieure et postérieure, à la Jonnesco. Le rein est alors traversé par trois catguts doubles noués au contact de la capsule repliée, deux à deux, suivant le procédé de Guyon. Les fils supérieurs sont passés au-dessus de la douzième côte. Surjet sur le tissu cellulo-adipeux au-dessous du rein. Drain. Surjet musculo-aponévrotique. Crins sur la peau.

La malade est revue le 23 décembre 1911. Peu après son opération, elle est entrée comme infirmière dans le service même. Elle a pu de la sorte être suivie d'une manière continue. Elle nous déclare que depuis qu'elle a été opérée, elle n'a plus jamais souffert du ventre. La grossesse qui était en train au moment de l'opération s'est continuée dans d'excellentes conditions. L'enfant venu à terme est mort dix jours après. Cette grossesse était la seconde; elle en avait eu une autre dix mois avant et l'enfant était mort à un an. Depuis l'opération, la malade a encore été deux fois enceinte : le troisième enfant venu à terme est mort à cinq mois; quant au quatrième, il est vivant et a deux mois.

A la palpation on sent le pôle inférieur du rein droit, le rein est solidement fixé et n'est pas du tout sensible à la pression.

Fin octobre 1913, la malade était en pleine infection puerpérale après fausse-couche. Quant au rein, la malade n'en a plus jamais souffert.

Observation 3.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

V .., âgée de 49 ans, entre dans le service pour des douleurs extrêmement violentes au niveau de la région rénale droite le 13 février 1908.

Ces douleurs datent de longtemps, mais elles se sont exagérées depuis quelques mois, interdisant à la malade presque tout travail. Ce sont des douleurs continuelles, avec, à certains moments, des exacerbations paroxystiques. La malade est une grande nerveuse.

A l'examen : rein mobile droit très net, très sensible à la pression. Les urines sont normales. — Rien de génital.

L'opération, faite par M. Marion, a lieu le 15 février 1908. Incision habituelle; résection de la douzième côte. Procédé d'Albarran-Marion. Les fils qui attachent les deux lambeaux capsulaires supérieurs sont passés au-dessus de la onzième côte. Le péritoine avait été ouvert accidentellement, et le foie ayant paru très abaissé et s'étant présenté à l'incision, on en a profité pour le fixer à la onzième côte. Drain.

La malade est sortie le 24 mars en très bon état.

Nous avons des nouvelles de la malade, le 22 décembre 1911. Répondant à notre questionnaire, elle nous écrit qu'elle *souffrait* atrocement du rein avant l'opération et que depuis elle ne souffre plus jamais. Avant l'opération elle avait des *troubles digestifs*; ceux-ci ont disparu. Elle était facilement irritable auparavant, elle pleurait facilement. Elle déclare que son état s'est beaucoup amélioré à ce point de vue, elle est beaucoup moins *nerveuse*. Elle a engraissé de dix livres.

Le 30 octobre 1913, nous apprenons par une lettre de la fille de notre malade que sa mère est morte le 14 février 1913. « Ma mère, nous écrit-elle, ne souffrait plus du tout du corps; elle digérait bien, mais quelques mois avant sa mort le cerveau était malade; elle ne pouvait plus supporter la moindre contrariété, elle était hantée par des idées de suicide que malheureusement elle mit à exécution ».

Observation 4.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

R..., âgée de 24 ans, entre dans le service le 5 juin 1908 pour des douleurs au niveau du « rein droit ».

Cette malade a déjà été traitée dans le service pour un rein mobile du côté droit. On lui a fait une néphropexie.

Les douleurs ont repris un mois et demi environ après l'intervention. Ces douleurs consistent en une sensation de gêne douloureuse, continue, avec des paroxysmes subits, survenant sans cause apparente. Elles ont leur siège dans le côté droit de l'abdomen et dans le flanc droit, à trois travers de doigt environ au-dessus de la crête iliaque. Elles s'exagèrent par le contact du doigt, par l'effleurement même le plus léger. L'hyperesthésie cutanée est plus marquée que la douleur éveillée par la palpation profonde. Il existe un point plus particulièrement douloureux à la pression, au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure. La palpation ne permet pas de sentir le rein droit. Les urines sont claires et normales. — L'état général est excellent. Un peu de constipation. Pas de fièvre. La malade a toujours été bien réglée et ne présente pas de pertes. On institue un traitement calmant (valérianate, bromure de potassium). Aucune amélioration. On essaie alors du stypage et du siphonage, sans obtenir aucune amélioration; bien plus, une hémiparésie du membre supérieur droit apparaît, nettement d'origine hystérique. C'est alors que M. Marion se décide à envoyer la malade dans le service du docteur Babinski.

Lors de son premier séjour dans le service, la malade, entrée le 6 février 1908, avait été *opérée* par M. Marion le 10 mars et était sortie le 10 avril. L'opération avait été faite suivant le procédé de Guyon après décapsulation du bord convexe et formation de deux lambeaux rabattus sur les deux faces à la Jonnesco; les fils supérieurs avaient été fixés à la douzième côte. La malade avait été drainée.

La malade répond à notre questionnaire le 23 décembre 1911.

« Je *souffrais* beaucoup du rein avant l'opération. Après l'opération, les douleurs étaient moins fortes, moins fréquentes, mais n'avaient pas complètement disparu; j'avais encore des douleurs du ventre qui n'ont cessé que depuis l'opération de l'appendicite que j'ai subie l'année suivante. Actuellement je ne souffre ni du rein ni du ventre; il m'arrive cependant, de temps à autre, de sentir quelques élancements dans le bas de ma couture. Mais cela dure peu. J'ai toujours eu des *troubles digestifs*, digestion difficile et constipation; cet état a persisté. Je suis surtout extrêmement améliorée au point de vue *nerveux*. Avant que l'on opère mon rein, j'étais très nerveuse, je pleurais facilement, j'avais des idées noires qui han-

taient souvent mon cerveau; une grande amélioration est survenue dans mon état à ce point de vue quelques mois après l'opération ».

Nous recevons le 30 octobre 1913 une lettre de la malade. « Je suis toujours aussi contente de m'être fait opérer, écrit-elle. Mon état général va de mieux en mieux; les troubles *digestifs* sont pour ainsi dire tout à fait disparus; quant à mon état *nerveux*, il s'est beaucoup amélioré. Je n'ai plus de *douleurs*, sauf quelques élancements dans mes coutures, quand je suis trop fatiguée. En un mot, ma santé est bonne maintenant; du reste j'ai repris mon métier de vendeuse dans la nouveauté. »

Observation n° 5.

(Service de M. le Prof. Albarran, hôpital Necker).

P..., Marie, âgée de 30 ans, infirmière, prend un lit dans le service le 5 avril 1908. Elle souffre d'une douleur continue dans le côté droit.

C'est trois mois après un accouchement, qui eut lieu il y a trois ans, que la malade ressentit pour la première fois une sorte de gêne dans le côté droit. C'est une gêne plutôt qu'une douleur, mais elle oblige la malade à se coucher sur le côté droit pour dormir. Depuis, la malade n'a jamais eu de crise à proprement parler; elle ressent seulement de temps à autre une pesanteur dans le côté droit et cela d'autant plus qu'elle se fatigue davantage.

Il y a dix mois, pendant une période douloureuse, la malade constate que ses urines sont devenues troubles; elles redeviennent claires très rapidement.

Depuis quelques mois, la pesanteur que la malade éprouve dans le côté droit tend à s'exaspérer, en même temps que les douleurs se font plus fréquentes à l'occasion du moindre effort. La malade souffre surtout beaucoup à la fin de sa journée de travail. Il est certaines besognes un peu pénibles qu'elle ne peut plus faire. Devant la persistance de cet état de choses, la malade, qui est visiblement fatiguée depuis quelque temps, prend un lit dans le service.

Il nous a été donné de suivre de très près cette malade qui était notre infirmière chez M. le Prof. Albarran dont nous étions nous-même l'externe.

A l'examen : le rein droit est très abaissé ; on arrive à sentir son pôle supérieur. Il ne semble pas augmenté de volume, il n'est pas douloureux à la palpation, il est facilement réductible. Quant au rein gauche, on croit sentir son pôle inférieur dans les grandes inspirations. Il n'existe pas de point douloureux sur le trajet des uretères, la capacité vésicale est bonne, les urines claires. Rien à signaler du côté des appareils digestif, pulmonaire et circulatoire; la malade, soigneusement examinée au point de vue du système nerveux, ne présente rien de particulier. — Rien de génital.

Le 6 avril, on fait une cystoscopie, vessie saine. On cathétérise l'uretère gauche (sonde n° 7). On recueille des urines claires. Au niveau de l'uretère droit, la sonde est arrêtée à quinze centimètres; on remonte alors le rein dans sa loge et l'on peut faire pénétrer la sonde jusqu'à vingt-trois centimètres. Pas de rétention rénale, éjaculation régulière, urines claires. Les sondes sont laissées à demeure pour l'exploration fonctionnelle.

	REIN DROIT	REIN GAUCHE
Quantité	118 gr.	142 gr.
Urée	1 gr. 11	1 gr. 23
Chlorures.	0 gr. 83	0 gr. 75
Glucose.	0 gr. 80	0 gr. 98
Albumine.	0 gr. 50	néant

L'opération est faite par M. Albarran le 8 avril 1908. Incision de Guyon. La graisse péri-rénale est dilacérée avec quelque difficulté, car elle adhère sur la face antérieure du rein au péritoine. On libère complètement le rein en haut et en bas, puis on dilacère la graisse qui entoure le bassinet en arrière ; une grosse veine rétro-pyélique le croise à angle droit. Le bassinet est d'aspect et de volume normal. L'uretère est dégagé sur une hauteur de six à sept centimètres. Il est entouré de nombreux vaisseaux ; on détruit quelques tractus fibreux peu résistants qui l'entourent. Il n'est ni dilaté, ni coudé. Cette exploration terminée, le rein est franchement attiré entre les deux lèvres de la plaie. Incision de la capsule propre tout le long du bord convexe et décortication du rein jusqu'au hile en avant et en arrière.

Quelques légères adhérences sont détruites facilement : le rein est très lobulé, un peu gros. Section transversale des deux voiles capsulaires, antérieur et postérieur. Les lambeaux supérieurs sont fixés à la douzième côte, les lambeaux inférieurs aux lèvres de l'incision musculaire. Petit drain sur le pôle inférieur. Fermeture de la paroi. Le drain a été enlevé au bout de quarante-huit heures, et les fils le sixième jour.

Tout va bien jusqu'au treizième jour; à ce moment, la température monte à 39°; elle va s'y maintenir pendant six jours. La malade présente tous les symptômes d'un embarras gastrique fébrile. Le 29 avril cet état infectieux cesse. Quant à la plaie lombaire, elle est complètement fermée. La malade sort le 7 mai.

Nous avons revu notre ancienne malade le 20 décembre 1911 ; elle est toujours infirmière dans le service et, depuis son opération, elle n'a jamais eu besoin de s'arrêter dans son travail pour des douleurs analogues à celles qu'elle ressentait avant l'opération. « Je suis très contente de m'être laissé opérer, dit-elle, car, non seulement je ne *souffre* plus de mon côté droit, mais je ne me fatigue plus facilement comme avant mon opération; je fais mon service d'infirmière et il m'arrive de faire des efforts, sans que j'aie à en souffrir ».

Nous avons cherché à sentir le rein qui avait été fixé : nous avons pu très facilement sentir le pôle inférieur de ce rein, qui descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic (cela répond à peu près au bord supérieur de la crête iliaque). Nous avons pu nous rendre compte que si ce rein était un peu bas situé, il était du moins très bien fixé et n'était nullement sensible à la palpation.

Nous avons eu l'occasion de revoir à Necker notre ancienne infirmière au début de novembre 1912, elle allait très bien. Il n'existe plus qu'un peu d'endolorissement de la région rénale, à certains moments de fatigue; mais jamais, depuis l'opération, la malade n'a dû interrompre son service.

Observation 6.
(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

R... Rose, âgée de 21 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 5 juin 1908 pour des douleurs dans les lombes et dans la région abdominale.

Elle a commencé à souffrir, il y a cinq ans, à la suite d'une chute. Elle ressentit pendant huit jours des douleurs dans le côté droit. Puis les douleurs cessèrent à peu près complètement, pour reprendre il y a deux ans : les douleurs étaient surtout abdominales et redoublaient d'intensité au moment des règles. Enfin, il y a un mois, la malade a souffert d'une manière plus spéciale dans la région lombaire du côté droit. La malade n'a pas de passé génital ; elle n'a jamais eu de pertes. Jamais non plus d'hématuries ni de coliques néphrétiques.

A l'examen, la palpation décèle des douleurs sur tout le trajet du côlon, plus marquées à la hauteur de l'ombilic, de l'angle hépatique, de l'angle splénique et de l'anse sigmoïde. Douleur plus intense encore au niveau du point de Mac-Burney. La palpation bimanuelle et le ballottement rénal permettent par moments de sentir le rein droit qui semble augmenter de volume. Il n'est cependant pas très douloureux. Rien à signaler du côté du rein gauche. — Au toucher vaginal, on trouve un col petit, de nullipare. L'utérus est en rétroversion, perceptible dans le cul-de-sac postérieur. Rien aux annexes. — Du côté de l'appareil digestif, rien à signaler, ni constipation, ni entérite. Jamais la malade n'aurait eu de fièvre, dit-elle, depuis qu'elle souffre du ventre.

Après cathétérisme des uretères, l'examen des urines donne :

	URÉE	NACL
Rein droit.	11 gr. 83	10 gr. 15
Rein gauche.	10 gr. 71	8 gr. 40

Il existe un peu de pus dans l'urine du rein droit.

Le lendemain, c'est-à-dire le 13 juin, l'opération est faite par M. Pappa aidé de M. Marion. Néphropexie droite par le procédé de Guyon, après décapsulation du bord convexe et formation de deux lambeaux rabattus sur les faces externe et interne du rein, ces lam-

beaux étant traversés par les fils transparenchymateux. Le bassinet a été examiné; il paraissait normal, quoique la séparation ait donné du pus de ce côté.

La malade répond à notre questionnaire fin décembre 1911. « Je *souffrais* beaucoup du rein et du ventre à la hauteur du rein. Après l'opération j'ai été soulagée de mes douleurs, mais il a bien fallu six mois pour que mes douleurs disparaissent complètement. Il m'arrive cependant de souffrir encore un peu dans le ventre, du côté droit; M. Marion m'avait dit que j'avais l'appendicite; aussi je ne me laisse jamais constiper » (l'appendice n'avait pas été enlevé). « Avant l'opération je souffrais souvent de l'*estomac*; j'ai été très améliorée de ce côté. Avant l'opération, j'étais facilement *irritable*, je pleurais pour un rien, j'étais souvent triste; l'amélioration à ce point de vue est considérable. J'ai engraissé de trente livres ». La malade nous apprend qu'elle a eu un enfant en mai 1910, et un autre en décembre 1911 (le 5 exactement), ces deux enfants sont très bien portants.

Le 1er novembre 1913 nous recevons une lettre du mari de notre malade. « L'état de ma femme, écrit-il, est on ne peut plus satisfaisant. Il lui arrive encore de souffrir du rein droit en arrière, mais ce ne sont pas des *douleurs* aiguës, cela ne se produit qu'à intervalles éloignés, quand ma femme se fatigue trop, par suite d'un travail qui l'oblige à lever les bras en l'air; elle ne souffre plus de l'*estomac* et *l'état nerveux* est très bon ».

Nous apprenons que notre malade « a été opérée de l'appendicite et des ovaires au Dispensaire Loubet le 1er juin 1912, car après son dernier enfant (décembre 1911) elle s'était mise à souffrir dans le ventre ». Depuis, la malade a encore engraissé « elle a une mine fraîche et florissante et personne ne peut se douter qu'elle a subi tous ces assauts. »

Observation 7.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

D..., âgée de 35 ans, sténo-dactylographe, entre dans le service le 6 juillet 1908 pour des crises douloureuses très violentes dans le

côté droit et pour une grosseur que la malade dit percevoir par moments de ce côté.

Antécédents héréditaires : Néant. — Antécédents personnels : fièvre typhoïde très grave à dix-neuf ans. A la suite de cette fièvre typhoïde, la malade a souffert pendant quatre ans de l'estomac et s'est ensuite parfaitement rétablie.

Il y a trois ans, la malade présente des troubles gastro-intestinaux qu'on diagnostique « entérite muco-membraneuse » (selles glaireuses, ruban muco-membraneux que l'on prenait pour des tænias; constipation alternant avec des débâcles composées de sérosités mêlées de scybales). A ce moment la malade ressent des douleurs très vives, siégeant principalement dans la fosse iliaque droite et survenant à propos de fatigues. Elle présente en outre des troubles nerveux (insomnie, sensation de fatigue au réveil, migraines fréquentes). La malade est traitée en Russie par des lavages intestinaux. Son état ne s'améliore pas, au contraire. Elle maigrit extrêmement. Un médecin en Pologne diagnostique une néphroptose et suralimente la malade. Malgré cela, elle continue à maigrir et à perdre ses forces. Elle revient à Paris. A ce moment, elle constate qu'elle a des pertes blanches très abondantes. Bientôt, à la suite d'une longue marche, elle s'aperçoit qu'elle ne peut plus rester debout. Elle doit même s'aliter. Survient une atrophie extrême des muscles des membres inférieurs et une grande faiblesse : lorsque la malade essayait de se lever, en effet, ses jambes fléchissaient et ne pouvaient la porter. Au dire de la malade, ses jambes en se fléchissant sur ses cuisses auraient formé un angle ouvert en avant? Le professeur Reclus l'a guérie de cette extraordinaire laxité articulaire par des applications humides très chaudes. La malade peut à nouveau vaquer tant bien que mal à ses occupations. A ce moment, elle porte une sangle élastique pour immobiliser son rein. Elle note une atténuation de ses troubles gastro-intestinaux.

Malgré cela, la malade souffre au niveau de l'hypocondre droit et présente souvent des crises douloureuses, particulièrement pénibles au moment de ses règles. Dans ces derniers temps, les souffrances atteignent une intensité remarquable; elles sont réveillées par la marche et les moindres mouvements, même ceux que fait la malade en se servant de la machine à écrire. La malade fait même une distinction dans ses crises douloureuses. Certaines d'entre elles étaient plus violentes que les autres; et c'est au cours de ces crises

qu'elles se serait aperçue de la présence d'une grosseur, augmentant rapidement de volume, et siégeant dans la fosse iliaque droite. Les douleurs que la malade éprouvait à ce moment étaient si intenses, qu'elle devait rester pliée en deux.

Pendant ces crises, anurie absolue. Puis les douleurs cessaient brusquement et alors survenait une débâcle urinaire ; les urines, dit la malade, n'avaient pas la couleur normale, mais étaient comme de l'eau.

Pendant ces derniers mois, ces crises se produisaient chaque matin, dès que la malade se levait et ne cessaient qu'après le déjeuner. Il semble bien qu'il s'agissait là de crises d'*hydronéphrose intermittente*.

A l'examen : la région rénale droite est sensible, mais on n'y perçoit pas nettement le rein.

Le 8 juillet, on fait un cathétérisme des uretères et l'on obtient :

	ALBUMINE	URÉE
Rein droit	présence nette	10 gr. 08
Rein gauche . . .	néant	10 gr. 46

Opération le 9 juillet par M. Marion. Néphropexie droite suivant le procédé transparenchymateux déjà signalé, avec fixation des fils supérieurs à la onzième côte, après résection de la douzième.

La malade sort le 1er août 1908. L'urine ne contient plus du tout d'albumine.

D..., rentre, dans le service, le 3 mai 1911 parce qu'elle ressent à nouveau des douleurs dans le côté droit.

En décembre 1910, la malade a fait une chute sérieuse ; et c'est à la suite de cette chute, qu'elle a été reprise de douleurs dans le ventre, du côté droit, comme avant sa néphropexie, dit-elle.

A l'examen, on sent, en effet, une grosseur dans l'hypocondre droit, et l'on pense que la fixation rénale a cédé. On décide alors une *réintervention*. Celle-ci est faite le 9 mai 1911, par M. Marion. Mais, à son grand étonnement, M. Marion constate que la grosseur qu'il avait sentie dans le côté droit était formée par un lobe du foie prolabé jusque dans la fosse iliaque. Quant au rein précédemment fixé, il était resté absolument à sa place. L'opération se

termina par une hépatopexie, avec cinq points de catgut. Le 29 mai 1911, la malade quitte le service. Elle ne se plaint plus.

La malade répond à notre questionnaire le 27 décembre 1911.

Au point de vue des *douleurs*, la malade écrit qu'en dehors de ses crises, elle n'avait que de simples courbatures au niveau de son rein droit. Tous ces phénomènes disparurent totalement après l'opération et cela pendant dix-huit mois; à ce moment, après une chute, elle avait cru que son rein s'était décroché; c'est alors qu'elle était revenue à l'hôpital où on l'a réopérée. Depuis cette seconde opération, il ne lui arrive plus de souffrir de son côté droit qu'à l'époque de ses règles ou lorsqu'elle se fatigue beaucoup. Son état n'est en rien comparable à ce qu'il était auparavant. Au point de vue des troubles *digestifs*, l'amélioration est énorme. « L'intestin est libre presque régulièrement, dit-elle. » Au point de vue des troubles *nerveux*, la malade écrit : « Avant les deux opérations, mais avant la première surtout, j'étais très énervée et très encline aux idées noires; je pleurais facilement au moment des règles surtout. Depuis, je suis très gaie. J'ai engraissé après la première et après la seconde opération d'une façon très visible, mais j'ignore de combien de livres. »

Quelques jours après, cette malade est venue voir M. Marion à Lariboisière; elle lui a confirmé ses dires et s'est déclarée très satisfaite. M. Marion a pu constater que les deux fixations, rénale et hépatique, avaient tenu. On sentait le pôle inférieur du rein droit, qui n'était nullement sensible à la pression.

Nous recevons une lettre de la malade le 31 octobre 1913.

« Jusqu'en mars dernier, nous écrit-elle, j'ai continué à souffrir du côté droit du bas-ventre au moment de mes règles. Puis sur le conseil d'un docteur j'ai quitté ma ceinture ventrière avec pelote et j'ai fait de la gymnastique pour développer les muscles abdominaux qui étaient sans force; depuis j'ai repris ma vie plus normale et je me porte à merveille. Je dors bien, ai excellent appétit et ai, je crois, un peu engraissé. Je ne suis plus encline aux idées noires; en un mot, je n'aurais jamais osé espérer me porter aussi bien après les deux opérations successives que j'ai subies ».

Observation 8.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

V... Jeanne, âgée de 34 ans, employée de commerce, entre dans le service le 22 juin 1908, pour des douleurs dans la région lombaire droite et des pertes blanches très abondantes.

La malade souffre du ventre depuis la naissance de sa petite fille, actuellement âgée de 4 ans. Elle a d'ailleurs toujours souffert au moment de ses règles, qui furent toujours abondantes. Depuis longtemps, elle a des pertes blanches également abondantes.

Depuis ses dernières règles, elle éprouve des douleurs dans la région lombaire droite. Elle n'a jamais eu, semble-t-il de coliques néphrétiques. Ses douleurs ne s'exagèrent pas par la marche ni les promenades en voiture; mais elles présentent des paroxysmes, survenant surtout le soir. Jamais d'hématurie.

A l'examen : la palpation est douloureuse au niveau du rein droit, dont on perçoit le pôle inférieur par la palpation bimanuelle; on note de la douleur sur le trajet de l'uretère, sans points précis. Il existe une douleur très marquée au niveau de la région appendiculaire. — Rien de génital. — Les urines sont normales; la malade ne paraît avoir eu, à aucun moment, de débâcles urinaires.

L'*opération* est faite le 11 juillet 1908 par M. Marion. Incision ordinaire, un peu prolongée en bas pour ouvrir le péritoine et faire l'appendicectomie. Une néphropexie fut faite ensuite, transparenchymateuse, après décapsulation du bord convexe et rabattement des deux lambeaux capsulaires, ceux-ci étant traversés par les fils. Les fils supérieurs sont passés au-dessus de la douzième côte.

Suites opératoires normales. La malade sort le 1er août 1908.

La malade rentre dans le service le 8 février 1909 pour des douleurs dans le bas-ventre et des pesanteurs qu'elle ressent lorsqu'elle va à la selle.

A l'examen : le rein droit, bien fixé, n'est plus douloureux. On trouve une rétroversion très nette et un ovaire gauche douloureux.

M. Marion *opère* le 9 février. Laparotomie et ablation de l'ovaire gauche. Procédé de Caraven pour la cure de la rétroversion.

La malade sort le 5 mars 1909 en très bon état.

Nous recevons la réponse à notre questionnaire, fin décembre 1911. Au point de vue des *douleurs*, elle écrit : « Je souffrais beaucoup de mon rein avant l'opération, car il était complètement descendu et il m'appuyait sur certains organes. Après l'opération, je me suis trouvée très soulagée du côté du rein, mais j'ai eu des douleurs dans le bas-ventre pour lesquelles on m'a opérée une seconde fois (hystéropexie et ablation de l'ovaire gauche). » Au point de vue des *troubles digestifs* : « J'avais autrefois des troubles intestinaux constants; ils sont énormément améliorés. Au point de vue des *troubles nerveux* : « J'étais tout à fait neurasthénique et il y a à ce point de vue une grande amélioration. » Enfin la malade nous dit qu'elle a repris son métier de vendeuse dans un magasin, métier qui est, à son dire, très fatigant.

Nous revoyons la malade le 28 octobre 1913. Elle nous dit qu'elle ne souffre plus du rein, qu'il y a de l'amélioration du côté des troubles digestifs, enfin que si elle est encore très nerveuse, du moins n'est-elle plus neurasthénique. Mais elle se plaint de souffrir dans le bas-ventre et surtout à droite, cinq jours par mois, au moment de ses règles. Son médecin lui a fait, il y a deux ans, six à sept séances de dilatation du col avec des laminaires et elle s'était trouvée très améliorée.

Cette année-ci, le même médecin n'a pas pu remettre de laminaires et il demandait l'avis de M. Marion.

Examinant la malade, M. Marion constate que l'utérus qu'il a fixé il y a 4 ans, est resté fixé, mais présente une antéflexion assez marquée; il conseille de recommencer le traitement par les laminaires, en ayant soin de les incurver fortement.

Observation 9.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

F... G..., âgée de 30 ans, ménagère, entre dans le service le 12 mars 1909 pour des douleurs dans les régions lombaires droite et gauche.

Ces douleurs durent depuis quelque temps déjà; elles sont exagérées par la fatigue. La malade était déjà venue d'ailleurs au mois

d'août 1909 dans le service, qu'elle fut obligée de quitter pour des raisons de famille.

Depuis huit jours, les douleurs sont devenues tellement intolérables, qu'elles empêchent la malade de se livrer à aucun travail, elle a même tenté de se *suicider* dernièrement.

Actuellement, les deux reins sont douloureux et palpables ; on les déplace très facilement. La malade présente, en outre, une douleur très nette au niveau de la région appendiculaire. — Au point de vue général, cette malade est très nerveuse, se plaint de palpitations fréquentes, et aurait souvent des cauchemars. Ses digestions sont habituellement pénibles. — Au point de vue génital, la malade, qui a eu six enfants, ne présente rien de particulier.

L'*opération* est faite par M. Marion, le 23 mars : on fait une néphropexie droite. Résection de la douzième côte et fixation à la onzième côte. Trois catguts doubles traversent le rein et les lambeaux capsulaires rabattus.

On pratique l'appendicectomie par voie lombaire. La malade sort le 19 avril.

La malade rentre dans le service, le 4 avril 1910 parce qu'elle souffre de son rein gauche ; l'opération est faite le 9 avril, pendant l'absence de M. Marion ; on lui fait une néphropexie gauche par le procédé d'Albarran, sans drainage. La malade sort le 1er mai 1910.

La malade répond à notre questionnaire le 30 décembre 1911. Elle s'occupe d'abord de son rein droit et elle nous écrit : au point de vue des *douleurs*. « Je souffrais énormément de mon rein avant l'opération ; je souffrais tellement que j'ai tenté de me jeter par la fenêtre 8 jours avant d'entrer à l'hôpital. L'opération m'a complètement soulagée et depuis je n'ai jamais souffert de mon rein droit ». — Au point de vue des *troubles digestifs* : « Je ne pouvais plus rien manger ; je vomissais le peu que je prenais, et j'avais toujours la diarrhée ; je n'ai plus aucun de ces troubles ». — Au point de vue des *troubles nerveux* : « J'étais énervée et l'on me trouvait très mauvais caractère, je pleurais très facilement ; j'ai eu des idées de suicide, tout cela a disparu. »

Parlant ensuite de son rein gauche, la malade écrit : « Quand M. Marion m'a opérée, il m'a demandé si je souffrais de mon rein gauche ; je lui ai répondu que non, que je ne souffrais plus depuis que j'étais couchée. Mais aussitôt sortie de l'hôpital, j'ai ressenti

une douleur dans le côté gauche. J'ai attendu, croyant que cette douleur passerait. Il m'arrivait d'avoir du côté gauche des crises douloureuses très fortes. Au bout d'un an, je me décidai à retourner à l'hôpital. M. Marion étant absent, ce fut un autre chirurgien qui m'opéra. Depuis cette seconde opération, je ne suis pas du tout soulagée. J'ai toujours les mêmes douleurs du côté gauche. Il m'ar-

Fig. 49. — Radiographie de M. Vaillant (Hôpital Lariboisière).

rive de souffrir tellement que je dois m'arrêter de travailler. A ces moments-là, je suis très nerveuse. Quand je cours, je sens quelque chose qui saute dans mon côté gauche et je suis très vite obligée de m'arrêter. » Elle ajoute qu'elle fait un métier fatigant, qu'elle est toujours debout et qu'elle porte des charges. « Malgré cela, dit-elle, je ne souffre jamais de mon côté droit ».

La malade vient nous voir le lendemain 31 décembre.

A l'examen, on sent le tiers inférieur du *rein droit* qui n'est pas

du tout sensible à la palpation jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le rein est bien fixé.

Le *rein gauche*, par contre, est senti tout entier au-dessous des côtes; il est sensible à la palpation, il paraît bien fixé. La malade nous confirme ce qu'elle nous a écrit la veille, et nous lui donnons rendez-vous pour le 5 janvier à Lariboisière. Elle est exacte au rendez-vous et nous la montrons à M. Marion, qui fait les mêmes constatations que nous, et qui fait un cathétérisme urétéral double sur le champ. Les renseignements fournis par ce cathétérisme sont intéressants : tandis qu'à droite la sonde monte très facilement jusqu'à 25 centimètres dans l'uretère, à gauche, au contraire, elle est arrêtée à 15 centimètres; de ce côté, devant l'arrêt de la sonde, M. Marion insiste un peu, mais il doit s'arrêter car la malade se plaint. Par la sonde gauche, il s'écoule de l'urine très légèrement teintée de sang, par petites éjaculations. Du côté droit, on est dans le bassinet et on recueille 4 centimètres cubes d'urine avant que les éjaculations n'apparaissent. Comme on a eu soin d'employer une sonde opaque aux rayons X du côté droit et de munir la sonde gauche d'un mandrin, on conduit aussitôt après ce cathétérisme la malade à la *radiographie*. Le cliché communiqué par M. Vaillant est des plus instructifs, comme le montre la reproduction que nous en donnons. A *droite*, il est évident que la sonde est dans le bassinet et par la situation même de la sonde, on se rend compte que le rein est resté fixé assez haut. Du côté *gauche*, au contraire, la sonde est arrêtée beaucoup plus bas, on est en droit de penser qu'il y a là, peut-être, une inflexion fixée de l'uretère, car à la palpation le rein n'était plus mobile.

Nous avons fait examiner les échantillons d'urine donnés par les deux sondes.

Examen histo-bactériologique :

A droite. — Nombreuses cellules rénales polymorphes dans un culot de centrifugation assez faible. Leucocytes en nombre très petit, correspondant à peine à une faible leucocytose. Quelques hématies. Pas de cylindres. Pas de sédiments. Pas de microbes.

A gauche. — Examen identique, mais les hématies sont plus nombreuses.

Examen fonctionnel :

	REIN DROIT	REIN GAUCHE
Quantité totale	Volumes sensiblement égaux.	
Urée au litre	7 gr. 21	7 gr. 56
Albumine au litre.	Traces à peine perceptibles	Traces égales à la quantité due au sang.
Chlorures au litre.	11 gr. 50	13 gr. 12
Pus	Néant	Néant
Sang.	Traces	Présence

Il n'avait pas été fait de polyurie expérimentale.

Le 6 novembre 1913, nous avons des nouvelles de cette malade : nous apprenons que 10 mois après le moment où nous avions vu la malade (Janvier 1911), elle mit au monde un enfant bien portant ; mais, nous apprenons aussi qu'au cours de sa grossesse, les douleurs que la malade ressentait du côté gauche (fixé bas) disparurent complètement. Depuis, elle n'a plus jamais souffert « des reins », si ce n'est il y a quelques mois, à l'occasion d'une perte utérine très abondante, que la malade croit avoir été une fausse couche. Actuellement la malade déclare ne s'être jamais si bien portée.

Observation 10.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

G..., âgée de 25 ans, femme de ménage, entre dans le service le 27 mai 1909 parce qu'elle a de la pollakiurie diurne (miction toutes les heures) et des douleurs à la fin de la miction. Ces phénomènes datent de quinze jours environ. Ils ont coïncidé avec des pertes blanches abondantes.

A l'examen, on trouve le rein droit mobile extrêmement abaissé. On le fait facilement réintégrer sa loge. La palpation du rein est peu douloureuse; quant aux douleurs que la malade accuse, elles sont calmées par le repos au lit. Pas de pus dans les urines. Rien du côté de l'appareil génital.

L'opération est faite par M. Marion le 12 juin. Néphropexie droite par le procédé d'Albarran-Marion. Drainage. La malade sort le 10 juillet.

Nous n'avons pu retrouver cette malade.

Observation 11.
(Service de M. Marion, hôpital Necker).

B... P., âgée de 33 ans, entre dans le service le 29 janvier 1910 pour des douleurs lombaires droites, avec crises paroxystiques. C'est une infirmière du service.

Au point de vue des antécédents personnels, nous notons que la malade a été réglée à 19 ans, et qu'elle est régulièrement réglée. Ni enfant, ni fausse-couche.

Le début de la maladie actuelle remonte à il y a quatre ans. Cela a commencé par des troubles dyspeptiques, pour lesquels la malade a été soignée médicalement. Six mois après, elle ressent pour la première fois une pesanteur lombaire droite. A ce moment, elle se fait examiner par M. Ertzbischoff qui lui trouve un rein mobile à droite. Il lui parle d'opération, mais la malade refuse. Trois mois après, survient une crise douloureuse extrêmement violente, au niveau de la région rénale droite. La température atteint 39,6. La malade ne vomit pas, mais en vingt-quatre heures, elle n'émet que 100 grammes d'urine et quatre jours après, se produit une décharge urinaire. On reparle alors d'opération, mais la malade se trouve trop faible; elle voudrait « se refaire » un peu, aussi l'envoie-t-on à la campagne où elle séjourne plusieurs mois. Pendant son séjour à la campagne, la malade eut encore une petite crise, moins violente que la première, mais accompagnée également de fièvre. Néanmoins, sous l'influence du repos et du séjour à la campagne, l'état général s'améliore, la malade engraisse, mais elle conserve toujours une sensation de pesanteur dans le côté droit.

Dès son retour à Paris, elle refait une nouvelle crise, analogue aux précédentes; elle se remet vite et comme son état général est très bon, elle reprend son service et ne veut pas entendre parler pour le moment d'opération. Nous sommes à ce moment en 1907. Pendant trois ans, la malade va éprouver continuellement une pesanteur douloureuse au niveau de sa région lombaire droite. A l'occasion d'un effort, d'un mouvement, lorsque la malade lève les bras en l'air, elle ressent un point de côté douloureux à droite; « très souvent, dit-elle, quand je me baissais, je ne pouvais plus me relever ». Les troubles digestifs persistent, s'aggravent même.

Après les repas, l'estomac est ballonné, les digestions sont pénibles. De 1907 à 1908, la malade porte le corset Gassaroth et n'en éprouve aucune amélioration; quand son corset est usé, elle le remplace par une simple sangle abdominale qui ne modifie en rien son état.

Pendant ces trois ans, la malade a eu trois crises « d'étranglement rénal » vraisemblablement. C'est précisément la dernière de ces crises qui a décidé l'intervention. Un matin, brusquement, la malade ressent des douleurs violentes dans le ventre, sans aucune douleur au niveau « des reins »; elle a la sensation qu'elle va se trouver mal. « M. Heitz-Boyer, qui se trouve là, l'examine aussitôt. En lui palpant l'abdomen, il découvre que le rein droit est passé à gauche de l'ombilic. Il le fait facilement repasser à droite.

Deux jours après, le 31 janvier, la malade était *opérée* par M. Marion. Le procédé employé est le procédé d'Albarran-Marion. La douzième côte, longue, a été réséquée et les lambeaux capsulaires supérieurs ont été fixés à la hauteur de la onzième côte. La plèvre a été traversée et un petit peu d'air y a pénétré.

Pendant les trois ou quatre jours qui ont suivi l'opération, la malade a ressenti un point de côté droit, puis celui-ci s'est calmé et la guérison a eu lieu sans autre incident. La réunion était définitive au bout de dix-sept jours.

Nous avons revu plusieurs fois dans le courant de décembre 1911, cette ancienne opérée, et voici ce qu'elle nous a dit : A la suite de l'opération, elle a ressenti une amélioration immédiate à tous les points de vue; elle se sentait plus légère, ne souffrait plus du tout de son rein, pouvait refaire des mouvements qui, auparavant la faisaient souffrir. D'autre part, son estomac allait très bien et, en l'espace de quelques mois, elle avait engraissé de six kilos. Cet état de bien-être absolu dura exactement quinze mois. A ce moment, elle se met à souffrir du ventre. La malade qui présente une constipation opiniâtre, est examinée à la radiographie, où l'on constate des dilatations multiples de l'estomac, du côlon, du cæcum. On examine ses reins; ils ne sont nullement douloureux et ne paraissent pas en cause. Cet état douloureux de toute la masse intestinale dure quinze jours; il s'accompagne de nausées et d'une constipation qui ne cède qu'à de grands lavements répétés d'huile. A la suite de ces lavements la malade a des évacuations très abondantes, les douleurs disparaissent. On pense qu'il s'agit d'une crise d'entéro-colite. Nous sommes

en ce moment en avril 1911. Tout va bien jusqu'en septembre 1911. A cette époque, la malade est reprise de douleurs dans tout le ventre; elle ressent des picotements au niveau des régions lombaires droite et gauche. Il s'agit évidemment d'une reprise des troubles digestifs, mais on soupçonne le rein fixé d'être en cause. C'est alors que M. Heitz-Boyer fait un cathétérisme de l'uretère droit. La sonde urétérale passe très facilement et l'on constate qu'il n'existe aucune rétention dans le bassinet. L'urine recueillie est très claire; elle ne contient pas du tout de pus. D'ailleurs la malade ne se plaint pas du tout des reins et elle déclare que les douleurs qu'elle ressent ne ressemblent en aucune manière à ce qu'elle éprouvait avant son opération. Le diagnostic d'entéro-colite avec dilatation stomacale est maintenu; on la met au régime. Depuis, elle se plaint d'avoir souvent des digestions difficiles, et surtout que son estomac se gonfle après chaque repas. Nous l'avons minutieusement interrogée à ce point de vue; elle ne souffre plus du tout de son rein droit. Elle peut faire tous les mouvements qui, avant son opération, la faisaient souffrir, sans en ressentir la moindre gêne. En résumé, son état est tellement peu comparable à ce qu'il était avant la néphropexie que, malgré ses troubles digestifs, la malade n'hésite pas à se déclarer enchantée de son opération.

Nous avons examiné la malade le 18 décembre 1911. On sent le pôle inférieur du rein droit à un bon travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il n'est nullement douloureux et le rein est parfaitement fixé.

Le 8 novembre 1913, nous apprenons par une lettre de la malade qui est une de nos anciennes infirmières du service Albarran, qu'elle n'a jamais plus eu dans la région rénale droite les crises qui avaient nécessité son opération; qu'elle avait encore des troubles digestifs, dus à son entérite, mais aussi qu'elle avait été soignée, il y a 5 ou 6 mois, pour « pyélite avec lithiase ». Elle a souffert à ce moment des reins des deux côtés, mais cela ne rappelait en rien les crises « d'étranglement » d'autrefois. La malade nous dit aussi qu'actuellement son état général est beaucoup meilleur qu'avant sa néphropexie et que depuis 2 ans, elle a engraissé de 6 kilos.

Observation 12.

(Service de M. Marion hôpital Necker).

G... Marguerite, âgée de 24 ans, femme de chambre, entre à l'hôpital Necker pour une douleur dans la région lombaire droite. (2 mai 1910).

Il y a un mois et demi, la malade ressentit pour la première fois une douleur dans la région lombaire droite. Depuis, cette douleur a augmenté progressivement d'intensité, jusqu'à empêcher la malade de travailler. Au cours de son travail, la malade a, en effet, éprouvé de véritables crises douloureuses. La douleur disparaît quand la malade est couchée. Depuis qu'elle a commencé à souffrir, la malade a observé une véritable pollakiurie non douloureuse d'ailleurs. La malade urinait dix à douze fois dans la journée et deux fois la nuit. Elle urinait beaucoup moins quand elle avait été obligée de se coucher dans la journée.

A l'examen : on sent le rein droit nettement mobile et abaissé. La palpation en est douloureuse; rien au rein gauche. Les urines sont examinées : rien d'anormal. — Rien du côté de l'appareil génital.

La malade est *opérée* le 6 mai par M. Marion. Incision lombaire droite. Résection de la douzième côte qui est longue. Le rein paraît normal. Fixation haute par le procédé d'Abarran-Marion, les lambeaux capsulaires supérieurs étant fixés au niveau de la onzième côte. Fermeture de la paroi et drainage comme d'habitude.

Le 3 mai, il avait été fait une cystoscopie et un cathétérisme urétéral double. Vessie normale. L'uretère gauche est cathétérisé sans difficulté jusqu'à 25 centimètres. Pas de liquide de rétention. L'uretère droit se laisse cathétériser de la même manière avec une sonde n° 15. Aucune rétention. La capacité du bassinet était à gauche de 4 centimètres cubes, à droite de 5 centimètres cubes.

L'examen des urines divisées avait donné :

	QUANTITÉ TOTALE	URÉE AU LITRE	ALBUMINE
Rein droit.	34 gr.	15 gr. 4	2 gr. 50
Rein gauche. . . .	69 gr.	16 gr. 8	2 gr. 40

L'examen histo-bactériologique avait montré la présence d'une grande quantité de sang, ce qui explique l'existence de l'albumine trouvée.

La malade sort de l'hôpital le 4 juin 1910, en très bon état.

La malade répond à notre questionnaire le 5 janvier 1912. Au point de vue des douleurs, elle nous rappelle qu'avant l'opération elle souffrait beaucoup de son rein droit. Ces *douleurs* ont complètement disparu peu après l'opération et cela pendant dix mois. A ce moment, elle se met à souffrir à nouveau des reins presqu'autant à droite qu'à gauche; ces douleurs coincident avec des pertes blanches extrêmement abondantes. Devant la reprise de ses douleurs, la malade croit que son rein s'est décroché. Elle va consulter M. Heitz-Boyer. Celui-ci constate que le rein n'a pas bougé, mais étant donnée l'abondance des pertes, il prescrit des tampons glycérinés et des injections très chaudes. Malgré cela, les pertes continuent, la malade se sent devenir plus faible et, deux mois s'étant écoulés sans que son état se modifie, la malade se décide à partir à la campagne où elle fait un séjour de quatre mois; elle engraisse alors de douze livres, ses pertes diminuent notablement; les douleurs de « reins » disparaissent et à sa rentrée à Paris, la malade reprend son travail. Depuis qu'elle est rentrée à Paris, la malade a maigri de six livres. Au point de vue des *troubles digestifs*, la malade déclare qu'avant l'opération elle digérait très mal et qu'elle ne pouvait plus manger qu'un très petit nombre d'aliments; maintenant, elle digère mieux et mange beaucoup de choses qu'elle ne pouvait digérer avant son opération. Au point de vue des *troubles nerveux*, un rien suffisait à la faire pleurer, elle était toujours triste et excessivement nerveuse. Son état s'était extrêmement amélioré à la suite de l'opération; pendant la mauvaise période qu'elle a traversée ensuite (pertes blanches, douleurs de reins), elle était redevenue nerveuse, mais depuis, l'amélioration a réapparu et actuellement elle n'a plus du tout d'idées noires

La malade est venue nous voir le lendemain sur un mot de nous. Nous avons pu ainsi constater qu'elle était en très bon état de santé générale. A l'examen, nous n'avons pas pu sentir le rein droit et nous n'avons déterminé aucune douleur par la pression de ce côté. Nous n'avons pas davantage senti le rein gauche. La

paroi abdominale n'était pas du tout flasque. Nous avons fait l'examen de l'appareil génital, car la malade a encore des pertes assez abondantes. Le toucher ne nous a révélé aucune lésion spéciale. Cette malade nous a déclaré qu'elle était très satisfaite de son opération.

Nous n'avons pu, dans notre enquête récente, retrouver cette malade.

Observation 13.
(Service de M. Marion, hôpital Necker.)

R..., âgée de 41 ans, couturière, entre le 5 mai 1910 à l'hôpital Necker, pour une douleur dans la région lombaire droite.

Cette douleur date d'il y a trois ans. En même temps que la malade la ressentait pour la première fois, elle était prise de besoins fréquents d'uriner. A la suite d'un repos au lit de douze jours, tout rentra dans l'ordre. Mais, il y a dix-huit mois, la malade a commencé à avoir des troubles digestifs, se traduisant par des digestions difficiles, de la constipation et du gonflement du ventre après les repas. C'est alors qu'elle va consulter un médecin qui lui trouve un rein mobile droit. La malade s'était plainte, en effet, outre de ces troubles digestifs, de douleurs dans la région lombaire droite, irradiant dans le ventre et la cuisse, surtout nettes après la fatigue. La malade n'a jamais souffert du côté gauche et n'a jamais constaté la présence de gravier dans ses urines; elle n'a jamais eu aucune hématurie.

Actuellement la malade se plaint des mêmes douleurs et des mêmes troubles dyspeptiques.

A l'examen : on constate que le rein droit est mobile, que son pôle inférieur atteint l'ombilic, et que la palpation en est douloureuse ; le pôle inférieur du rein gauche est seul perçu, la vessie a une bonne capacité; les urines sont normales.

M. Marion l'*opère* le 11 mai 1910. Procédé d'Albarran-Marion. Le rein paraît normal. L'extrémité supérieure de l'uretère, isolée, est légèrement dilatée. On libère l'uretère sur une longueur de dix centimètres environ; on ne trouve ni adhérences ni coudure. La

décapsulation est facile ; quatre lambeaux comme d'habitude. Mais les deux lambeaux supérieurs ne peuvent être fixés très haut, car on sent à l'extrémité supérieure de la loge rénale la face inférieure du foie. Drainage et réfection de la paroi comme d'habitude.

La malade sort de l'hôpital le 9 juin. Elle ne souffre pas. A la palpation, on sent le pôle inférieur du rein droit au-dessous du rebord des fausses côtes.

La malade répond à notre questionnaire le 3 janvier 1912. Au point de vue des *douleurs*, elle dit qu'avant son opération, elle souffrait de tout son côté droit, que ses douleurs n'auraient pas été « supportables longtemps ». Ce n'est que six mois au moins après son opération que ces douleurs ont disparu complètement. Actuellement elle souffre encore un peu dans le bas-ventre, mais « c'est plutôt l'intestin qui me fait souffrir, écrit-elle, je rends des glaires, mon médecin m'a dit que j'avais de l'entérite ». Au point de vue des *troubles digestifs*, elle en a toujours, ce qu'elle attribue à son entérite. Au point de vue des *troubles nerveux* « j'étais très irritable avant mon opération, écrit-elle, je le suis moins. »

« En somme, dit-elle, j'ai ressenti une grande amélioration depuis mon opération ; il m'arrive encore de souffrir de mon ventre à cause de mon entérite, mais je n'ai plus du tout ces douleurs très grandes dans le côté droit qui me faisaient tant de mal. » La malade n'a pas engraissé.

Sur un mot de nous, elle vient nous voir le 6 janvier. *A l'examen*, la paroi abdominale est flasque ; on sent le pôle inférieur du rein droit qui est bien fixé et nullement sensible à la palpation. Le rein gauche est nettement mobile, on sent son pôle supérieur, il réintègre facilement sa loge, il n'est pas du tout sensible à la palpation. Rien de génital.

Le 30 octobre 1913, nous recevons une lettre de la malade : « Je ne souffre plus du tout des reins, écrit-elle, quelquefois encore du ventre, mais sans avoir grossi, mon état général s'est amélioré. »

Elle nous dit qu'il y a dix mois, elle a été voir son médecin pour ses troubles digestifs. Celui-ci l'a fait radiographier ; on a ainsi pu constater une ptose de l'estomac, pour laquelle on lui fait porter

une ceinture. Depuis elle se trouve mieux, moins fatiguée et peut, dit-elle, mieux manger.

Observation 14.

(Communiquée par M. Marion).

Sœur X... des religieuses du Calvaire à Bourg-la-Reine, envoyée par le Docteur Mainguy pour une déchéance générale, avec amaigrissement considérable, troubles dyspeptiques, troubles nerveux. La malade se plaint, en outre, très vivement de son côté droit où l'on constate un rein absolument flottant. A peine peut-elle se tenir quelques instants debout sans être incommodée. Depuis plusieurs années, elle porte une ceinture, mais sans aucun résultat.

M. Marion *opère* cette malade, le 22 juin 1910, à l'Hôpital Saint-François. Procédé d'Albarran-Marion. Suites très simples.

La malade est revue en décembre 1910. Sans être complètement débarrassée de tous ses troubles, la malade peut cependant actuellement se livrer aux occupations de sa vie professionnelle, ce qu'elle ne pouvait pas faire autrefois. Elle a d'autre part engraissé. Les troubles nerveux sont diminués. Il persiste des troubles dyspeptiques encore très marqués. Le rein droit est à peine senti par son pôle inférieur.

La malade répond à notre questionnaire le 4 janvier 1912.

Son état ne s'est plus amélioré depuis, au contraire.

Au point de vue des *troubles digestifs*, elle n'a rien gagné, non plus qu'au point de vue des *troubles nerveux*, la seule amélioration persistante concerne les douleurs. Cette amélioration, d'ailleurs, est des plus minimes, car la malade écrit : « Je ne souffre plus de douleurs aiguës dans le rein, en arrière, comme avant l'opération, mais il me reste dans le côté droit du ventre une souffrance presque continuelle ». Néanmoins, cette très petite amélioration lui permet de remplir tout doucement son petit emploi, mais le moindre effort la fatigue.

Nous avons été le 7 novembre 1913, prendre des nouvelles de cette malade et voici ce que nous avons appris : quand la malade a été reprise de douleurs dans son côté droit, 6 mois après la néphro-

pexie, douleurs continuelles qui, après avoir été sourdes devinrent quelques mois après d'une violence extrême, la malade ne les localisait plus au même endroit. Alors qu'autrefois les douleurs siégeaient et dans la fosse iliaque droite et surtout dans la région lombaire, cette fois il ne s'agissait plus que de douleurs de la fosse iliaque droite, et il apparut bientôt que l'appendice était en cause. Aussi il y a un an, M. Marion se décida-t-il à faire une appendicectomie.

Depuis, la malade n'a plus jamais eu les grandes douleurs qu'elle ressentait autrefois, mais le côté droit est encore douloureux par moments. Elle est restée très faible, s'alimentant peu et souffrant d'une constipation opiniâtre, qui s'accompagne fréquemment de douleurs dans tout le ventre quand la malade est restée plusieurs jours sans aller à la selle, un peu d'huile de ricin la soulage alors régulièrement, mais la malade n'ose en abuser. Elle n'est pas brillante, certes, mais elle n'a plus les grandes crises qui l'avaient obligée à suspendre tout travail, et elle a repris tout doucement ses occupations.

Observation 15.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

B..., âgé de 23 ans, entre dans le service le 26 novembre 1910 pour des douleurs dans le bas-ventre et dans la région lombaire du côté droit.

Ces douleurs ont commencé il y a sept ans, à la suite d'un premier accouchement. A ce moment, la malade s'étant levée trois jours après la délivrance, est prise de douleurs violentes généralisées à tout le ventre, qui est dur et ballonné. Cela n'a pas de suites d'ailleurs. Pendant les trois années qui suivent, elle ressent de temps à autre, des douleurs abdominales, mais c'est seulement il y a quatre ans, que ces douleurs surviennent plus vives, réapparaissant à l'époque des règles. Ce sont des douleurs généralisées à tout l'abdomen, avec prédominance dans le bas-ventre, et irradiations multiples, lombaires, inguinales. Ces douleurs, très aiguës, débutent peu de temps avant les règles pour se continuer pendant toute leur durée, qui est d'ailleurs très augmentée (dix jours). A ce

moment la malade perd des caillots. Les pertes blanches suivent et sont très abondantes; elles sont augmentées par la fatigue. La malade est traitée par des injections chaudes pendant un certain temps. Son état s'aggrave plutôt : les douleurs qui primitivement n'existaient qu'à l'époque des règles, apparaissent dans leur intervalle.

La malade vient à l'hôpital il y a trois ans, et on parle d'hystérectomie totale. Elle rentre alors chez elle; mais ses douleurs ne cessent pas, bien au contraire. Au bout d'un an, la malade se met à souffrir à la fin de la miction et à uriner très fréquemment. Elle retourne à l'hôpital, où on lui dit qu'elle a une cystite. Sur ces entrefaites, elle fait une chute « dans un escalier » alors qu'elle était enceinte d'un mois; elle ressent une violente douleur, avec sensation de déchirement dans le côté droit, mais cette douleur s'atténue bientôt, et pendant deux mois la malade ne souffre plus du tout dans le bas-ventre, elle souffre toujours de sa cystite : ses urines sont troubles, parfois même sanglantes. La cystite guérit, au dire de la malade.

Un soir, rentrant chez elle, elle perd connaissance et à la suite « d'une nuit de délire » elle est prise d'une violente douleur dans le ventre, surtout du côté droit. Cette douleur irradiait dans le flanc droit; en même temps, la malade avait des vomissements et de la fièvre. Deux jours après, la malade se fait avorter et reprend de suite son travail. Mais les règles ne s'arrêtent pas et ce n'est qu'au bout de quatre mois que la malade fait une fausse-couche « provoquée ». A la suite de cette fausse-couche, la malade a des pertes très abondantes pendant six mois. A ce moment, elle entre à l'hôpital où on la met au repos, avec de la glace sur le ventre et des injections chaudes; sa température se serait élevée jusqu'à 39°. C'est pendant ce séjour à l'hôpital, c'est-à-dire il y a deux ans, qu'on s'aperçoit qu'elle a un rein mobile droit, et qu'on fait en outre le diagnostic de salpingite et d'appendicite.

Après un séjour à l'hôpital de trois mois, la malade rentre chez elle; ses règles sont redevenues normales; les douleurs abdominales et lombaires droites persistent, mais sont beaucoup moins violentes.

L'année dernière, au mois de juin, la malade est prise de violentes douleurs dans la région lombaire droite, sans vomissements et en

dehors de ses règles. Amélioration par le repos au lit. Au mois de décembre, nouvelles crises douloureuses très violentes, siégeant dans tout le bas-ventre et rendant la marche impossible. A l'hôpital Broca, on fait le diagnostic de salpingite double, de cystocèle et de néphroptose droite. Nouvelle sortie d'hôpital sans intervention. Au mois de janvier dernier enfin, nouvelles crises douloureuses dans le bas-ventre et dans le flanc droit, avec vomissements. Depuis quelque temps, les règles sont devenues irrégulières et durent facilement huit jours avec nombreux caillots.

La malade entre à l'hôpital où elle est opérée. On lui fait une *hystéropexie*. Cinq mois après, elle quitte l'hôpital, où on a constaté qu'elle avait de l'albumine dans ses urines.

Peu de temps après, les règles redeviennent douloureuses et abondantes. C'est alors que la malade entre, pour la première fois, dans le service,

Actuellement, les souffrances sont très vives; elles sont très nettement localisées dans la fosse iliaque droite, dans le flanc droit et dans la région lombaire droite. La palpation montre un rein droit très mobile et très abaissé. Il n'est pas d'ailleurs particulièrement sensible à la palpation; il se remet facilement en place. Bonne capacité vésicale (240 grammes). Urines claires. L'examen de l'appareil génital montre que l'utérus est fixé en bonne position; on trouve des ovaires scléro-kystiques douloureux.

Le 2 décembre, M. Marion lui fait une *néphropexie* droite, par le procédé d'Albarran-Marion. Les fils supérieurs passent dans le dixième espace intercostal; drain. Pendant sept à huit jours, la malade continue à souffrir, ce qu'elle met sur le compte d'un effort intempestif qu'elle aurait fait. Ses douleurs cessent d'ailleurs rapidement. Mais, dès la fin de décembre, la malade se plaint à nouveau de douleurs dans le bas-ventre; elle est reprise d'envies fréquentes d'uriner et les mictions sont douloureuses. La capacité vésicale est toujours bonne et les urines claires à l'émission. La malade néanmoins quitte le service, mais elle y rentre peu après et on l'opère à nouveau le 24 janvier 1911. *Hystérectomie totale* (M. Luzoir). Elle sort le 18 février 1911.

Nous n'avons pu retrouver cette malade.

Observation 16.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

L..., âgée de 33 ans, infirmière, entre à l'hôpital le 9 février 1911, parce qu'elle souffre du bas-ventre surtout pendant la marche.

Ses douleurs sont calmées par le repos. Elle a quelquefois des douleurs au niveau du coccyx, et plus rarement des douleurs dans la région lombaire droite. Elle dit aussi qu'elle a parfois des douleurs à la fin des mictions; celles-ci ne sont pas fréquentes, et les urines sont claires. La malade dit que trois ans avant, elle aurait eu du sang dans ses urines et cela pendant huit jours. La malade est bien réglée; elle n'a pas de pertes blanches.

A l'examen : le ventre est flasque; on sent à droite un rein très mobile, complètement sorti de sa loge et dont la palpation est un peu douloureuse. Le rein gauche est perçu également; il est lui aussi mobile, mais à un degré beaucoup moindre. — Du côté de l'appareil génital, la malade a une rétroversion très nette.

Operation le 17 février par M. Marion. Dans un premier temps, on fait une fixation de l'utérus par la méthode d'Alexander. Dans un deuxième temps, on fait une néphropexie droite. Résection de la douzième côte. Procédé d'Albarran-Marion. Les fils supérieurs traversent le 10e espace.

Dans les quelques jours qui suivent l'opération, la malade a eu un point de côté assez fort à droite, qui disparaît rapidement. La malade quitte le service le 16 mars 1911 en excellent état.

Elle reprend son poste d'infirmière à l'hôpital après une courte convalescence, et depuis, on a eu l'occasion de la revoir assez fréquemment dans le service où elle venait revoir les autres infirmières. Elle ne cessait de leur dire combien elle avait eu lieu de se louer de son opération : elle avait pu en effet se livrer aux travaux les plus fatigants sans en souffrir. Malheureusement, au mois d'août, la malade rentrait dans le service à la suite de brûlures graves et y mourait.

Observation 17.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

B..., âgée de 34 ans, ménagère, entre dans le service le 9 février 1911, pour des crises douloureuses très violentes dans le côté droit.

Elle a déjà eu trois crises : l'une le 17 octobre 1910, la seconde le 26 décembre de la même année, et la troisième il y a quelques jours. En dehors de ces crises, la malade ne souffre pas de son côté. Chaque crise a une durée de quatre à cinq heures. Pendant ces crises, la malade ne pouvait pas uriner, et cette anurie durait généralement une douzaine d'heures, à la suite de quoi elle avait une vraie débâcle urinaire. Au moment de ses crises, la malade dit qu'elle n'était pas jaune. Elle avait des vomissements verts.

A l'examen : on trouve un rein droit extrêmement mobile et extrêmement sensible à la palpation, même la plus légère ; le rein gauche est très légèrement mobile. — Rien de génital ; la malade a eu quatre enfants : deux jumeaux il y a quinze ans, un troisième enfant il y a treize ans, un quatrième il y a onze ans, une fausse-couche il y a dix ans.

La malade est *opérée* le 24 février 1911, par M. Marion. Néphropexie par le procédé d'Albarran-Marion. Pas de résection costale. Le rein est fixé haut comme d'habitude, fils supérieurs dans le 10e espace. Suites opératoires normales. La malade sort le 19 mars.

La malade vient nous voir le 4 janvier 1912. Elle nous raconte qu'à la suite de l'opération, elle s'est trouvée très bien. Mais, dans le courant d'août, elle a eu une crise douloureuse dans le côté droit ; elle est alors entrée à l'hôpital où l'on a fait le diagnostic de crise de coliques hépatiques. La malade croyait que son rein s'était décroché ; mais le rein recherché ne fut pas senti. La malade explique que cette crise ne ressemblait pas du tout aux crises précédentes ; elle dura moins longtemps ; (elle avait des douleurs vives au niveau de l'estomac). Les urines qu'elle émit après la crise n'étaient pas du tout abondantes comme lors des autres crises ; elles étaient extrêmement foncées, ce qui n'était jamais arrivé jusqu'ici. Enfin, la malade était absolument jaune et elle l'est

restée pendant quelques semaines. Depuis, elle n'a plus rien ressenti.

Au point de vue *digestif*, la malade nous dit qu'avant l'opération elle était très constipée, mais que depuis, elle va régulièrement tous les jours à la selle. Elle ajoute qu'avant l'opération, elle digérait difficilement, qu'elle était obligée de choisir ses aliments; au contraire, depuis qu'elle est opérée, elle mange de tout et tout digère bien. Le gonflement qu'elle éprouvait après les repas, au niveau de l'estomac, avant l'intervention n'existe plus.

Au point de vue *nerveux*, elle nous dit qu'elle avait beaucoup d'idées noires; que ces idées ont complètement disparu, qu'elle est encore nerveuse, mais beaucoup moins qu'avant.

Elle se déclare absolument enchantée de son opération.

A l'examen, nous n'avons pu sentir le rein droit. Par contre, nous avons senti le pôle inférieur du rein gauche, qui n'était pas sensible. Légère douleur à la pression, au niveau du point cystique. Paroi abdominale flasque. Hernie inguinale gauche.

Nous revoyons la malade le 28 octobre 1913. Elle est toujours enchantée de s'être fait opérer, car elle ne souffre plus du tout des reins. Mais elle se plaint d'être très constipée et de souffrir sous le rebord costal droit. A l'examen, on ne sent pas le rein droit (fixé), on sent le pôle inférieur du rein gauche, qui n'est pas sensible, et, comme en 1911, on réveille une douleur nette au niveau de la vésicule biliaire. La paroi abdominale est toujours flasque, mais en plus de la hernie inguinale gauche, la malade a maintenant une hernie épigastrique du volume d'une petite noix.

Observation 18

(communiquée par M. Marion).

Mlle G..., amenée par le Docteur F... son beau-frère, est une grande nerveuse, qui se plaint violemment du côté droit. Elle est incapable de rester debout quelques minutes et présente des troubles dyspeptiques très marqués. Le rein droit est absolument flottant.

Après en avoir causé au Docteur F..., M. Marion décide de laisser

libre la malade de demander ou non l'opération, l'état nerveux qu'on lui connaît depuis longtemps contre-indiquant de pousser à l'intervention. La malade à laquelle on expose la situation, se décide.

L'*opération* a lieu le 1er mai 1911, à l'hôpital Saint-François. Fixation du rein par le procédé d'Albarran-Marion. La malade a été revue au commencement de décembre 1911. Elle a engraissé de sept kilos. Son appétit est totalement transformé et, bien que ses digestions ne soient pas encore parfaites, elle trouve qu'il y a une différence considérable avec ce qui existait auparavant. Son état nerveux s'est également sensiblement amélioré. Enfin, elle est capable de faire à pied des courses qu'elle n'aurait jamais pu faire autrefois. Les douleurs du côté droit n'existent qu'après une longue course ou une station debout très prolongée.

Fin octobre 1913, M. Marion nous donne des nouvelles de cette malade qu'il a revue il y a quelques mois. L'amélioration générale s'est maintenue, mais les douleurs que la malade ressentait encore dans le ventre, en bas et à droite, quand elle se fatiguait un peu, ont persisté et il se précise un point douloureux dans la fosse iliaque ; aussi M. Marrion a-t-il proposé à la malade de la débarrasser de son appendice, ce qu'elle se résoudra sans doute à accepter.

Observation 19

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

Il..., Louise, âgée de 29 ans, entre dans le service le 20 mai 1911 pour des douleurs dans les régions lombaires droite et gauche.

Il y a un an que la malade a commencé à souffrir. Elle décrit ses douleurs comme des élancements siégeant dans les deux régions lombaires, avec prédominance du côté gauche. Elle consulte un premier médecin, qui la soigne pour de la salpingite et de l'entérite. Elle en consulte un second, au mois de janvier dernier, qui lui trouve les deux reins mobiles et l'adresse à M. Marion. Il y a deux mois, elle a eu une crise douloureuse assez forte. Depuis, elle ressent de légères douleurs au niveau de ses reins.

A l'examen : on trouve des reins nettement mobiles, faciles à

remettre en place ; le rein droit est plus mobile que le gauche, qui est plus douloureux. — Rien de spécial du côté de l'appareil génital, sinon que la malade accuse des règles douloureuses et abondantes.

Le 23 mai 1911, on l'*opère*. Néphropexie *droite*. Procédé d'Albarran-Marion. Les fils supérieurs sont bien passés au-dessus de la onzième côte, mais l'aiguille étant passée à travers le diaphragme bien au-dessous de cette côte, le rein ne remonta pas, comme d'habitude, sous les côtes. Drain. *L'opération ne fut pas faite par M. Marion.*

La malade se trouvant très bien à la suite de cette première intervention, réclame elle-même la néphropexie *gauche*, qui fut faite le 9 juin 1911 par M. Marion. Procédé d'Albarran-Marion. Fils supérieurs au niveau du dixième espace. La malade quitte le service le 27 juin en excellent état.

La malade est revue par M. Marion fin décembre 1911.

Elle lui a déclaré qu'elle ne souffrait plus du tout de son côté gauche (fixé haut), mais, après avoir été très bien du côté droit (fixé bas), pendant six semaines, elle avait recommencé à souffrir comme auparavant.

A l'examen, on arrive à sentir le pôle inférieur du rein gauche qui n'est pas douloureux à la palpation, le rein est bien fixé. Du côté droit, le rein est également très bien fixé, mais on le sent tout entier au-dessous des côtes — et il est sensible à la palpation.

La malade a été revue l'année dernière par le docteur Elliot. Elle était toujours aussi enchantée de sa néphropexie *gauche* et reconnaissait être un peu améliorée de son rein *droit*.

Observation 20.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

A... Angèle, âgée de 21 ans, entre dans le service pour une douleur abdominale localisée au côté droit, le 8 mai 1911.

Il y a huit jours, la malade raconte qu'étant indisposée et faisant sa lessive elle s'est mise à souffrir de tout le ventre, avec néanmoins prédominance à droite ; mictions fréquentes. Dans la nuit, la

douleur s'accentue, le ventre se ballonne et la malade a de la fièvre. Pendant plusieurs jours, son état nécessite la venue du médecin jusqu'à quatre fois par jour. La douleur est continue, avec exacerbations paroxystiques localisées au flanc droit. La malade n'a jamais vomi. Comme la malade est constipée, on la purge, il y a de cela quatre jours. Léger réveil des douleurs. Le médecin pose alors le diagnostic d'appendicite. Au mois de mars de cette année, la malade était venue consulter pour des tiraillements survenant dans le côté droit, après la marche : on lui avait dit alors qu'elle avait un rein flottant à droite.

Le 9 mai, au lendemain de son arrivée dans le service, la malade se sent déjà beaucoup mieux; elle n'a plus de fièvre, le pouls n'est pas fréquent; mais elle continue à souffrir de toute la région lombo-abdominale droite.

La palpation permet de sentir le rein droit, qui est mobile et douloureux. On trouve que la région appendiculaire est particulièrement sensible. On laisse la malade en observation et comme elle n'a pas de fièvre, on se décide à l'opérer le 26 mai.

Néphropexie droite avec *appendicectomie lombaire*, par M. Marion; procédé d'Albarran-Marion, les fils supérieurs passant dans le dixième espace intercostal. La recherche de l'appendice est laborieuse, car ce dernier était très adhérent et se prolongeait en avant. Fermeture du péritoine. Drain dans la loge rénale. La malade sort le 25 juin.

La malade répond à notre questionnaire le 26 décembre 1911. Au point de vue des *douleurs*, elle nous dit qu'elle souffrait de son côté droit avant l'opération; que ces douleurs ont disparu depuis; elle n'éprouve plus que quelques douleurs dans le ventre au moment de ses règles, mais ces douleurs sont insignifiantes. Au point de vue des *troubles digestifs* qui étaient constants avant l'opération, ils ont disparu. Au point de vue *nerveux*, la malade écrit qu'elle était facilement irritable, souvent triste, qu'elle pleurait pour un rien avant l'intervention. Depuis, cet état s'est amélioré. Elle a engraissé de cinq kilos depuis sa sortie de l'hôpital.

Le 31 octobre 1913 nous recevons une lettre de la malade. Elle ne *souffre* plus du tout de son côté droit, son *état nerveux* s'est maintenu amélioré, mais la malade se plaint d'une *constipation*

opiniâtre qui résiste à tous les laxatifs; elle attribue à cette constipation les douleurs qu'elle a quelquefois encore dans le ventre, douleurs sans localisations précises, dit-elle.

Obervation 21.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

J..., âgée de 25 ans, entre dans le service le 20 juin 1911, parce que depuis la naissance de sa petite fille qui a trois ans, elle souffre dans la région lombaire droite.

Il y a deux ans, la malade a consulté un médecin, qui lui a dit qu'elle avait le rein droit descendu et lui a ordonné de porter une ceinture. Il y a trois mois, elle a ressenti quelques douleurs dans la région rénale gauche.

A l'examen : on trouve le rein droit très descendu, très mobile, facile à remettre en place. Le rein gauche est un peu abaissé, rien du côté de l'appareil génital, les règles sont seulement habituellement douloureuses.

Le 27 juin, on l'*opère*. Néphropexie droite par M. Marion. Résection de la douzième côte, qui est longue. La plèvre, ouverte, est fermée par deux points de catgut. On fixe le rein par le procédé d'Albarran-Marion; les fils supérieurs passent dans le dixième espace intercostal. Drain. La malade sort le 20 juillet en très bon état.

La malade est revue le 16 octobre 1911; elle va très bien, ne souffre plus de son rein droit. Elle a engraissé de 13 livres.

Le malade répond à notre questionnaire le 20 décembre 1911. Au point de vue des *douleurs*, elle nous écrit qu'elle souffrait beaucoup de son rein droit avant l'opération ; qu'elle n'a jamais eu de crises douloureuses, mais qu'elle éprouvait des douleurs continuelles, peu vives, suffisantes cependant pour la gêner dans son travail. Elle nous déclare que ces douleurs ont complètement disparu depuis son opération. Elle n'a plus qu'un peu mal aux reins, des deux côtés, le premier jour de ses règles. Au point de vue des *troubles digestifs*, elle en avait très fréquemment avant son opération; depuis, elle n'en a plus eu du tout; elle ne signale que de temps en temps un peu de constipation. Au point de vue de *l'état nerveux*,

elle avait autrefois beaucoup d'idées noires et était toujours très prompte à s'alarmer pour la moindre chose; elle est plus gaie maintenant et n'a plus « la même façon d'envisager les choses ». Depuis le mois d'octobre, la malade a encore engraissé de deux livres en novembre, de 700 grammes en décembre.

La malade revient nous voir le 27 décembre. A *l'examen*, la paroi abdominale n'est pas flasque; on ne sent pas le rein droit, non plus que le rein gauche d'ailleurs; les régions rénales ne sont pas douloureuses du tout à la palpation. La malade se déclare absolument enchantée de son opération, et elle insiste en nous quittant sur le changement qui est survenu chez elle dans son état *nerveux*.

Nous avons revu la malade au début de novembre 1913, elle est en excellent état. Les douleurs et les troubles digestifs ont disparu et l'amélioration très grande de l'état nerveux s'est maintenue. Les reins ne sont perceptibles ni à droite ni à gauche.

Observation 22.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

D..., âgée de 35 ans, entre dans le service le 3 novembre 1911 parce qu'elle souffre « des reins » des deux côtés.

La malade a eu une fille il y a six ans, et a été soignée pour métrite il y a quatre ans. C'est depuis la naissance de son enfant que les douleurs lombaires sont apparues. Ces douleurs sont très nettement augmentées par la fatigue et gênent la malade pour travailler. La malade est très nerveuse. Depuis dix ans, elle a de fréquentes crises « d'asthme »? Pas de troubles dyspeptiques.

A l'examen : le rein droit est très abaissé; on sent nettement son pôle supérieur. Il n'est pas particulièrement douloureux à la palpation. Le rein gauche est un peu abaissé. Tous deux sont d'ailleurs facilement réductibles. Urines claires. Pas de fréquence des mictions. — Rien du côté de l'appareil génital actuellement.

L'*opération* est faite le 10 novembre 1911 par M. Marion. Néphropexie droite par le procédé d'Albarran-Marion. La douzième côte

est courte ; on passe les fils supérieurs dans le dixième espace ; drain. La malade sort le 1er décembre 1911, en très bon état.

De la maison de convalescence du Vésinet où elle est encore, la malade répond à notre questionnaire le 23 décembre 1911. Il n'y a aucune amélioration dans son état ; elle a, dit-elle, toujours les reins faibles dès qu'elle reste un peu de temps debout. Elle était très *nerveuse* avant l'opération ; elle l'est encore.

Quant aux *troubles digestifs*, elle n'en a jamais eu.

Le 4 janvier 1912, la malade vient voir M. Marion. Elle continue à se plaindre de « ses reins ». M. Marion lui demande alors de préciser le siège de ses douleurs et la malade désigne la région sacrée : « C'est là, dit-elle, que je souffre et que j'ai toujours souffert, je n'ai jamais eu mal ailleurs ».

A l'examen, on sent juste le pôle inférieur du rein droit qui n'est pas sensible. Le rein est bien fixé. Le résultat pour cette malade est donc complètement nul, bien que comme nous l'écrivions à ce moment sur l'observation, l'amélioration puisse encore survenir ; la malade en effet n'était opérée que depuis moins de deux mois.

Néanmoins, nous ne croyions pas que cette amélioration se produisît, car, à notre avis, c'était d'ailleurs celui de M. Marion, il s'agissait là d'une erreur de diagnostic. Nous avons revu cette malade fin octobre 1913. Son état ne s'est pas modifié.

Cette malade avait bien un rein mobile, mais il est probable que les douleurs dont elle se plaignait n'étaient pas du tout liées à la mobilité rénale ; le siège sacré des douleurs, les commémoratifs de métrite ancienne, doivent faire penser que le point de départ est bien plutôt génital que rénal.

L'histoire de cette erreur de diagnostic est d'ailleurs des plus simples : il s'agit d'une malade qui, dès son arrivée dans le service, se plaint de souffrir énormément « des reins » ; en même temps qu'on interroge la malade, on palpe son rein et l'on trouve un rein mobile évident, on ne songe pas à faire préciser à la malade le siège exact de ses douleurs — et l'on décide l'intervention. Ce n'est, comme nous l'avons relaté plus haut, que devant l'insuccès opératoire que l'on songe à demander des précisions à la malade sur « son mal de reins ». C'est alors que la malade désigne nettement la région sacrée et affirme qu'elle ne s'est jamais plainte d'autre chose.

Observation 23.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

B..., âgée de 28 ans, femme de chambre, entre dans le service le 8 novembre 1911, parce qu'elle souffre dans la région rénale droite.

Il y a un an, la malade a été renversée par une automobile. A la suite de sa chute, elle a eu des hématémèses abondantes, pour lesquelles elle a été opérée par M. Potherat, il y a huit mois. Il y a deux mois, en travaillant dans une cartoucherie, elle a fait un violent effort pour soulever une caisse: elle dit avoir ressenti alors un violent craquement dans la région rénale droite. Un médecin qui l'a examinée à ce moment a constaté un rein mobile droit. Depuis cette époque, quand la malade marche ou se fatigue, elle souffre dans la région rénale droite. Il lui arrive en outre, parfois, d'avoir au niveau de cette même région, des crises extrêmement douloureuses, qui lui font perdre connaissance; la douleur se calmant par le repos. Quand elle est couchée, la malade ne souffre jamais. Depuis qu'elle souffre du rein, la malade dit qu'elle est devenue très nerveuse. Elle reconnaît qu'elle était déjà nerveuse auparavant, mais à un degré bien moindre.

A l'examen : le rein droit est un peu abaissé et douloureux à la palpation; on sent nettement son pôle inférieur; le rein gauche est plus abaissé que le droit; il n'est pas douloureux, tous deux sont réductibles, urines claires.— Rien de génital.— Pas de troubles dyspeptiques. On trouve une pointe de hernie inguinale gauche.

Opération le 21 novembre. Le rein droit est très abaissé. Une fois extériorisé, au moment où on s'apprête à le fixer, on voit le rein se congestionner. M. Marion cherche la cause de ce phénomène, et constate que le rein est incliné de dedans en dehors,et que l'uretère passe en avant du pédicule. Il reconnaît que ce fait est dû à ce que le rein est complètement retourné, le pôle supérieur étant devenu inférieur, et la face postérieure, antérieure. On le met assez difficilement en situation normale. La douzième côte, courte, n'est pas réséquée. Fixation des lambeaux capsulaires supérieurs au niveau du dixième espace par le procédé d'Albarran-Marion, drain.

L'opération a été faite par M. Fouquiau aidé de M. Marion. Suites simples. La malade quitte le service un mois après l'opération.

La malade n'a pas été retrouvée.

Observation 24.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

C..., âgée de 48 ans, ménagère entre dans le service le 22 novembre 1911 parce qu'elle souffre dans le côté gauche.

La malade a eu deux enfants, pas de fausse-couche. C'est depuis la naissance de son deuxième enfant, il y a 19 ans, que pour la première fois, la malade a ressenti une gêne dans la région rénale gauche. Il y a 14 ans, elle a eu, dit-elle, une péritonite, pour laquelle on lui a fait une hystérectomie. C'est depuis son opération surtout, que les douleurs dans la région rénale gauche se sont accrues. Ces douleurs n'apparaissent que lorsque la malade était debout ; elle n'a jamais souffert étant couchée. Depuis deux ans, la malade urine fréquemment, presque toutes les heures le jour, une fois la nuit. Les urines ont toujours été claires, dit-elle ; elle n'a jamais eu d'hématurie.

Actuellement, la malade souffre dans son côté gauche quand elle est debout ou à l'occasion de mouvements. Elle éprouve aussi parfois un peu de gêne dans le côté droit. La fréquence des mictions a augmenté depuis quelque temps : toutes les demi-heures le jour, une fois la nuit. Elle éprouve une sensation de brûlure à la fin de la miction.

A la palpation, on trouve un point douloureux costo-lombaire gauche très net: on sent très nettement le pôle inférieur du rein gauche à chaque inspiration. Le rein droit, lui aussi, est abaissé, mais non douloureux. Légère douleur sur le trajet de l'uretère gauche. La capacité vésicale est de 150 centimètres cubes; les urines sont claires à l'émission.— Rien de génital.— La malade est très nerveuse depuis la naissance de son dernier enfant. Depuis deux ans, elle a fréquemment des nausées le matin. La constipation est habituelle.

Le 29 novembre, épreuve de l'hématurie provoquée ; négative.

M. Marion *opère* la malade le 9 décembre : néphropexie gauche, par le procédé d'Albarran-Marion ; les fils supérieurs sont passés dans le dixième espace. Drain. La malade quitte le service fin décembre 1911.

La malade est revue par nous fin octobre 1913, soit 2 ans après sa néphropexie.

La malade ne *souffre* plus des reins, n'a plus de troubles *digestifs* et est absolument transformée au point de vue *nerveux*. Elle avait plusieurs fois par an, nous dit-elle, avant son opération des crises nerveuses, « elle s'évanouissait ».

Depuis, elle n'a plus jamais eu rien de semblable, et son moral, très mauvais autrefois, est aujourd'hui excellent. Il s'agit donc là d'un succès complet.

Observation 25

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

L..., 27 ans, ménagère, entre dans le service le 18 février 1912 pour un état douloureux continuel de la région rénale droite, avec crises périodiques.

Comme *antécédents*, on note que la malade a perdu une petite fille de 18 mois et a eu deux fausses-couches.

La malade dit avoir eu 5 crises de coliques néphrétiques du côté droit: la première, il y a 5 ans, a duré 8 jours. Depuis, la malade a eu une crise par an, à la même époque, au mois de décembre. L'année dernière, la malade a été vue au moment de sa crise par M. Heitz-Boyer, qui voulut l'opérer. Cette année, M. Chevassu voulut l'opérer d'urgence ; elle refusa.

Les crises surviennent brusquement et ne sont pas occasionnées par un effort ; elles sont caractérisées par une douleur extrêmement violente dans la région rénale droite, se propageant plutôt vers l'autre rein que vers la cuisse droite. Elles durent de 8 à 15 jours et sont calmées par la morphine.

Elles s'accompagnent, au dire de la malade, de gonflement de la région rénale droite, et coïncident avec une diminution notable de la quantité d'urine émise et une grande fréquence des mictions.

Après ses trois premières crises, la malade s'est rétablie complètement et n'a pas souffert dans l'intervalle des crises. Mais depuis sa quatrième crise, elle urine fréquemment, toutes les heures le jour, deux fois la nuit. Elle se plaint, de plus, d'une douleur dans la région rénale droite survenant à la moindre fatigue.

Elle dit que ses urines sont troubles par périodes, mais qu'elle n'y a jamais vu de sang. La malade a été radiographiée en décembre 1911, sans qu'on ait vu de calculs.

Actuellement, depuis sa dernière crise, qui date de décembre, elle se plaint d'une douleur vague dans la région rénale droite. A la moindre marche ou fatigue, la douleur augmente; les mictions sont fréquentes, toutes les heures le jour, deux et trois fois la nuit; la malade se plaint aussi de brûlures urétrales au moment des mictions.

A l'examen : le rein *droit* est gros, abaissé, mobile ; la palpation en est douloureuse. On ne sent pas le rein gauche, mais la palpation de la région rénale gauche provoque de la douleur à droite. Les points urétéraux sont douloureux à droite. Rien de génital. Les urines sont claires; elles contiennent des traces d'albumine. La capacité vésicale est de 200.

Le 15 février, on fait une cystoscopie suivie d'un cathétérisme urétéral droit, avec sonde vésicale : la vessie est saine.

	REIN DROIT (CATHÉT.)	REIN GAUCHE (SONDE VÉSICALE)
Quantité totale	582 gr.	276 gr.
Urée au litre	1 gr. 28	1 gr. 12
Urée, quantité réelle. .	0 gr. 33	0 gr. 30
Albumine.	traces	traces
Chlorures au litre. . .	3 gr. 50	3 gr. 40
Pus	néant	néant
Sang.	petite quantité	petite quantité

On fait une radiographie ; pas de calcul.

Le 24 février, néphropexie droite par M. Marion (Procédé d'Albarran-Marion). Suites normales; la malade sort le 21 mars.

La malade répond à notre questionnaire, fin octobre 1913. Elle nous dit qu'elle n'a plus eu de crises, mais qu'elle a souffert de son côté droit pendant plusieurs mois après l'opération; depuis longtemps d'ailleurs elle ne *souffre* plus du tout. Au point de vue

digestif, elle nous dit qu'elle n'avait de troubles qu'au moment des crises et qu'elle n'en a plus eu depuis l'opération. Quant à l'état *nerveux* : « J'étais plutôt triste et facilement irritable, écrit-elle ; depuis, il y a de ce côté une grande amélioration. Dans l'ensemble, je suis très bien et je suis très contente. »

Observation 26.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

B..., âgée de 46 ans, entre dans le service le 29 mars 1912 pour des douleurs lombaires droites.

C'est il y a 18 mois que la malade a commencé à souffrir vraiment de son côté droit; depuis quelque temps déjà elle ressentait un peu de gêne, mais rien de plus. En même temps survenaient des troubles digestifs : digestions pénibles avec pyrosis, vomissements fréquents. Cet état se prolonge, la malade maigrit, perd appétit et doit bientôt renoncer à tout travail. Il y a quinze jours, la malade, à l'occasion d'une angine, consulte un médecin qui découvre le rein mobile et lui conseille, son angine passée, d'entrer à Lariboisière.

A son entrée dans le service, la malade se plaint de souffrir beaucoup à droite, tant au niveau de la région lombaire qu'au niveau du ventre.

La malade est maigre, a peu d'appétit.

A l'examen : on ne sent pas le rein gauche, mais le rein droit, mobile, est très abaissé. Rien dans les urines. Rien du côté de l'appareil génital; la malade n'a jamais eu d'enfant; elle a toujours été bien réglée jusqu'à il y a un an; depuis, les règles sont moins fréquentes (ménopause).

Le 9 avril 1912, M. Fouquiau aidé par M. Marion, fait une néphropexie droite par le procédé d'Albarran-Marion.

Suites opératoires simples. La malade sort le 14 mai.

Nous la revoyons le 24 octobre 1913 et nous l'interrogeons : au point de vue des *douleurs*, elle insiste sur l'intensité des douleurs qu'elle ressentait dans le côté droit avant l'opération, et qui l'avaient obligée à cesser de travailler. Ces douleurs étaient presque continuelles; « on aurait dit qu'on m'arrachait quelque chose dans

le côté, dit-elle », mais jamais elle n'aurait eu de grandes crises douloureuses.

Actuellement, la malade ne souffre plus de son côté droit, mais elle se plaint d'une sensation de pesanteur dans le côté gauche du ventre.

Au point du vue *digestif*, la malade nous dit qu'avant l'opération elle avait des vomissements très fréquents (plusieurs fois la semaine) et des migraines, ainsi qu'une constipation opiniâtre; depuis l'opération, les migraines et les vomissements ne reviennent plus que tous les deux ou trois mois, mais la constipation persiste (la malade ne se soigne pas à ce point de vue).

Au point de vue *nerveux*, la malade dit qu'il n'y a pas d'amélioration ; elle est toujours triste et pleure facilement (il y a dix ans qu'elle est comme cela) d'autant, dit-elle, que voici plusieurs semaines qu'elle est sans place (c'est une domestique).

Nous l'examinons : c'est évidemment une ptosique. Nous n'arrivons à sentir ni le rein fixé, ni le rein gauche. Mais la malade accuse de la douleur quand on palpe la région rénale gauche.

Observation 27.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

P..., 24 ans, brodeuse, entre dans le service le 20 avril 1912, pour des douleurs dans la région lombaire droite, survenant par crises.

Les *antécédents personnels* révèlent une scarlatine et une typhoïde dans l'enfance. Il y a 4 ans, la malade a accouché d'un enfant bien portant; mais depuis cette époque, elle a toujours eu de l'albumine dans les urines, et à la moindre fatigue présente de l'œdème.

Il y a 2 ans que la malade a commencé à souffrir de sa région lombaire droite. A cette époque la malade n'a pas présenté d'hématurie, mais ses urines étaient très rares, et la malade ressentait des brûlures urétrales pendant la miction. Elle avait en outre à ce moment des pertes blanches abondantes. Il y a 1 an, la malade a eu une forte hématurie, qui a duré 8 jours. En même temps : fièvre, douleurs lombaires, surtout à droite, et pus dans les urines avec 14 grammes d'albumine par litre (tout cela au dire de la malade).

En septembre dernier, nouvelle hématurie durant 2 jours. En

janvier, autre hématurie durant encore 2 jours. Ces hématuries s'accompagnent toujours de douleurs lombaires et de fièvre. A ce moment (janvier), la malade entre à Tenon, où elle est soignée 3 mois pour pyélonéphrite.

Actuellement, la malade se plaint de douleurs dans la région lombaire droite, survenant par crises violentes une dizaine de fois par jour, et étant augmentées par la marche et les mouvements, avec des irradiations vers le pli de l'aine à droite. De plus, la malade raconte qu'elle peut rester 10 heures debout, sans avoir envie d'uriner. Ce n'est qu'après une demi-heure de repos horizontal qu'elle peut émettre une petite quantité d'urine très trouble. Quand elle est couchée, elle urine normalement. La malade ne présente ni fréquence des mictions, ni douleurs, ni hématurie.

A l'examen : le rein *droit* est mobile, paraissant gros; le rein *gauche* est perceptible par son pôle inférieur.

On note le point costo-lombaire et tous les points urétéraux à droite. Rien du côté de l'appareil génital. Les urines sont rougeâtres, claires à l'émission, sans dépôt purulent. La capacité vésicale est de 250.

Les urines font l'objet d'examens répétés : le 26 avril, on note :

	AVANT FATIGUE	APRÈS FATIGUE
Couleur	Ambrée	Jaune foncée
Urée au litre	8 gr. 82	15 gr. 12
Chlorures	1 gr. 50	2 gr. 20
Albumine	1 gr. 21	2 gr. 84
Pus	néant	néant
Sang	Petite quantité	Quantité très notable
Au microscope	pas de cylindres	cylindres

Le 2 mai, on fait un cathétérisme urétéral double :

	REIN DROIT	REIN GAUCHE
Quantité	17 cent. cubes	32 cent. cubes
Urée au litre	7 gr. 56	12 gr. 50
Urée éliminée	0 gr. 12	0 gr. 40
Albumine	présence très nette	présence très nette
Chlorures au litre	3 gr. 70	6 gr. 25
Au microscope	rares hématies	hématies

Le 7 mai, M. Marion opère cette malade du côté droit. On trouve un gros rein blanc, qui se décapsule facilement. M. Marion, après avoir prélevé un fragment pour l'examen histologique, fait une néphropexie suivant le procédé d'Albarran type, avec décapsulation totale et fixation des pédicules supérieurs à la douzième côte. Suites opératoires simples.

Le 8 juin, on refait un cathétérisme urétéral double :

	REIN DROIT	REIN GAUCHE
Quantité.	283 cent. cubes	345 cent. cubes
Urée au litre. . . .	2 gr. 52	2 gr. 52
Albumine	présence notable	présence notable

A droite comme à gauche, de rares hématies, de rares cellules, de rares leucocytes.

La malade quitte le service le 9 juin 1912. Elle y revient le 22 août 1913 en pleine crise de néphrite.

Après avoir vu son état s'améliorer après l'opération, la malade se remet à souffrir des reins en juin 1913.

Elle s'applique alors sur les régions lombaires, deux mouches de Milan (une de chaque côté), qu'elle garde 12 heures. Aussitôt après avoir retiré les mouches, la malade reste sans uriner pendant 24 heures; dès le lendemain surviennent une hématurie, des douleurs vésicales, des brûlures à la miction. Depuis lors, il existe une oligurie très marquée, en même temps que s'installent des œdèmes considérables, réalisant presque le type de l'anasarque.

L'œdème pendant les mois qui suivent va subir des variations extrêmes et des hématuries vont se produire de temps à autre. Les analyses d'urine sont multipliées, les régimes lacté et déchloruré essayés tour à tour, rien n'y fait ; aussi en désespoir de cause, passe-t-on la malade en médecine le 28 octobre. Nous n'avons pas insisté sur cette fin d'observation, où l'on voit se réveiller avec une brutalité extrême la néphrite, dont la malade souffrait depuis longtemps déjà, l'application des mouches de Milan ayant été peut-être pour quelque chose dans la brusquerie des accidents et dans leur gravité.

Observation 28

(Communiquée par MM. Marion et Lortat-Jacob).

Mlle F..., âgée de 26 ans, est envoyée en avril 1912 à M. Marion, par M. Lortat-Jacob, pour rein mobile droit avec crises douloureuses et appendicite chronique probable. M. Marion confirme le diagnostic et affirme l'appendicite : il existait en effet un point très nettement douloureux dans la fosse iliaque droite, alors que l'on avait fait remonter le rein dans sa loge, celui-ci étant d'autre part un peu douloureux à la palpation. Il semblait donc qu'il s'agissait de crises d'étranglement rénal chez une malade atteinte en outre d'appendicite chronique. Comme état général, il s'agissait d'une ptosique névropathe, avec des lésions non douteuses d'un sommet.

L'opération a lieu peu après. M. Marion fait une néphropexie droite (procédé d'Albarran-Marion) et par la même voie l'appendicectomie. L'appendice n'était pas adhérent, mais macroscopiquement il était malade, et l'examen histologique confirma le diagnostic d'appendicite chronique. Suites opératoires excellentes.

La malade a été revue depuis à maintes reprises par M. Lortat-Jacob qui note une certaine amélioration des troubles digestifs et voit sa cliente reprendre un peu de poids. Les crises douloureuses semblent complètement disparues, quand en novembre 1912, la malade est reprise pendant 24 heures, et cela 10 jours après ses règles, d'une crise de douleurs siégeant dans la fosse iliaque droite, avec irradiations lombaires, en tous points semblable, au dire de la malade, à ce qu'elle avait assez fréquemment avant l'opération. Ni M. Marion, ni M. Lortat-Jacob n'ont vu la malade au moment de cette crise, qui ne dura que 24 heures, et qui depuis ne se renouvela plus.

M. Lortat-Jacob a encore revu la malade récemment et n'a plus rien trouvé ni du côté de la région appendiculaire, ni du côté du rein que l'on ne peut sentir. L'état actuel est satisfaisant.

Observation 29.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

D... M., 29 ans, imprimeur, entre dans le service le 17 juin 1912 pour des douleurs dans la région sous-hépatique, avec troubles digestifs.

C'est à l'âge de 18 ans que le malade a commencé à ressentir des troubles digestifs, digestions difficiles, constipation, parfois vomissements. En même temps le malade ressentait des douleurs assez vives dans la région sous-hépatique, douleurs entraînant une véritable gêne respiratoire; les choses vont ainsi jusqu'à l'âge de 23 ans. A ce moment, les troubles fonctionnels déjà signalés s'aggravent, le malade maigrit beaucoup.

Les médecins consultés pensent que le foie et l'estomac sont en cause, et prescrivent des régimes en conséquence; aucune amélioration. On met le malade au régime lacto-végétarien, les douleurs diminuent.

Il y a six mois qu'un médecin a fait le diagnostic de rein mobile droit. Il y a un mois, trois jours après une purgation le malade a eu une hématémèse légère, à sang noir.

Au moment où il entre dans le service, il se plaint de souffrir beaucoup sous les fausses côtes droites et dans la région lombaire droite.

A l'examen : on ne sent pas le rein gauche; mais le rein droit est très mobile; on n'accroche pas cependant son pôle supérieur, le rein remonte avec la plus grande facilité, mais il redescend aussitôt. Le foie n'est pas augmenté de volume; l'estomac est légèrement dilaté.

M. Marion fait l'*opération* le 29 juin : néphropexie par le procédé d'Albarran-Marion. Suites normales. Le malade sort le 25 juillet.

Il a été revu le 15 janvier 1913, par M. Marion; il ne souffrait plus de son côté droit, mais il souffrait à gauche, au niveau de l'estomac; le rein gauche ne fut pas senti.

Nous n'avons pu revoir ce malade; il n'a pas répondu au questionnaire que nous lui avions fait parvenir, mais nous avons su par sa

concierge qu'il était très malade et « rendait le sang à pleine bouche ».

Observation 30.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

B... C., âgée de 18 ans, couturière, entre dans le service le 25 octobre 1912, pour des douleurs dans la région lombaire droite.

Comme *antécédents héréditaires*, on note que la mère est morte de tuberculose pulmonaire à l'âge de 38 ans.

Comme *antécédents personnels*, on trouve une bronchite assez sérieuse à 17 ans.

C'est à l'âge de 13 ans que la malade a commencé à souffrir de la région lombaire droite. Depuis, ces douleurs ont été en s'accentuant peu à peu.

Actuellement ces douleurs sont continues et très vives; elles siègent tant dans la région lombaire droite, que sous le rebord costal droit; elles sont augmentées par la marche et le port du corset. La malade se plaint aussi d'envies fréquentes d'uriner, survenant presque toutes les heures, le jour seulement, mais les mictions ont toujours été indolores ; jamais d'hématurie.

La malade accuse des vomissements fréquents, survenant de suite après les repas, surtout depuis ces dernières années, ainsi que de la diarrhée. Elle a aussi de fréquentes migraines. Elle a eu en outre des pertes blanches, légèrement jaunâtres, survenant avant ses règles, et cela depuis l'âge de 14 ans.

A l'examen : la palpation montre un rein droit légèrement mobile et douloureux. Rien à gauche. Pas de points urétéraux, mais un point douloureux appendiculaire assez net. La capacité vésicale est de 150 centimètres cubes, la contractilité est bonne. Rien dans les urines.

Le 29 octobre, on fait un cathétérisme urétéral double, avec sonde vésicale de contrôle.

	REIN DROIT	REIN GAUCHE
Quantité.	167 gr.	193 gr.
Urée au litre.	5 gr. 60	7 gr. 10
Urée éliminée	0 gr. 93	1 gr. 37
Chlorures au litre	4 gr. 80	5 gr. 00

Le 17 novembre 1912, M. Marion fait une néphropexie droite (procédé d'Albarran-Marion). Suites normales. La malade sort le 11 décembre.

Nous revoyons la malade avec M. Marion le 26 octobre 1913. Au point de vue des *douleurs*, les douleurs continuelles qu'elle ressentait dans la région lombaire droite ont disparu, mais elle souffre encore beaucoup de son côté droit (ventre et région lombaire) au moment des périodes menstruelles. Elle a toujours des *troubles digestifs*, mais elle vomit moins souvent cependant. Elle était nerveuse avant l'opération, pleurant facilement; il n'y a pas de modification de ce côté.

A l'examen : on sent le pôle inférieur du rein droit qui est bien fixé. On ne sent pas le rein gauche; mais il existe un point douloureux *appendiculaire* assez net. M. Marion propose à la malade de lui enlever son appendice, si elle continue à souffrir.

Observation 31.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

L... J., 25 ans, domestique, entre dans le service le 5 décembre 1912, parce qu'elle souffre de la région lombaire droite.

Comme *antécédents personnels*, une métrite à 20 ans.

Il y a 7 ans que la malade a commencé à souffrir de son côté droit. Ces douleurs étaient exagérées par la marche, calmées par le repos. Elle avait de temps en temps des crises douloureuses durant une heure environ et se reproduisant plusieurs fois dans la même journée.

Il y a 18 mois, les douleurs deviennent plus fortes et la malade se met à porter une ceinture; son état s'en trouve amélioré. Néanmoins elle continue à souffrir d'une sensation de pesanteur, dans la région lombaire droite, et de barre épigastrique. Depuis 10 jours, la malade éprouve des douleurs à la fin des mictions.

A l'examen : on sent le rein *droit*, qui est fortement abaissé, mobile et douloureux à la palpation. On note tous les points urétéraux et le point appendiculaire. A *gauche*, on sent le pôle inférieur du rein, et l'on note les points sous-costal et para-ombilical.

Au point de vue génital, on note des pertes blanches qui datent de 5 ans; la malade n'a jamais souffert du bas ventre.

La malade a bon appétit, mais elle est constipée; elle a des maux de tête fréquents.

On fait un cathétérisme urétéral double :

	REIN DROIT	REIN GAUCHE
Quantité.	5 cent. cubes	91 cent. cubes
Urée au litre.	2 gr. 52	9 gr. 58
Urée éliminée	0 gr. 01	0 gr. 86
Chlorures au litre . . .	9 gr. 10	14 gr. 20

Le 17 décembre 1912, l'opération est faite par M. Marion. Néphropexie droite par le procédé d'Albarran-Marion; le rein avait des plaques blanches de néphrite. On fait aussi l'appendicectomie; l'appendice était difficile à trouver, car la fosse iliaque était occupée par le foie, l'estomac, le côlon transverse. L'appendice était épais, enflammé, à parois fongueuses à la coupe. Suites opératoires simples. La malade quitte le service le 16 janvier 1913.

La malade répond à notre questionnaire le 28 octobre 1913 : au point de vue des *douleurs*, la malade nous écrit qu'elle souffre encore du ventre, mais surtout à gauche, et d'une manière intermittente. Elle est toujours constipée. Au point de vue *nerveux*, il y a une amélioration notable, elle pleurait facilement et était de caractère triste avant son opération; depuis, elle n'a plus que de rares moments de tristesse.

Le 3 novembre, la malade est allée voir M. Marion à Lariboisière : le rein droit est bien fixé, la palpation du gauche, dont on sent le pôle inférieur, est un peu douloureuse.

Observation 32.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

D... A, 47 ans, ménagère, entre dans le service le 13 décembre 1912 parce qu'elle souffre du ventre et du rein droit en particulier, depuis quinze ans.

Comme *antécédents*, on trouve un passé pathologique très chargé : une grossesse à 23 ans, suivie d'infection puerpérale; à la suite, curettage et périnéorraphie avec colporraphie à l'Hôtel-Dieu. Pendant les deux années qui suivent, métrite. Depuis et à différentes reprises, elle est soignée pour des crises d'entéro-colite muco-membraneuse. A noter, l'état d'*obsession* de la malade, qui ne cesse d'aller consulter dans les hôpitaux les plus divers.

Nous n'avons pas encore parlé du rein; cependant il y a 15 ans que la malade, en même temps qu'elle souffre du ventre, souffre de son rein droit. Il y a longtemps qu'elle porte une ceinture abdominale; elle est néanmoins gênée dans ses occupations, et actuellement, elle prétend que tout travail lui est devenu impossible.

De plus elle raconte qu'il y a 5 semaines, elle a ressenti des douleurs très vives au début et à la fin de la miction. La fréquence des mictions était exagérée (tous les quarts d'heure le jour et la nuit). A ce moment, la malade va consulter à Necker, où on lui fait des lavages de vessie au nitrate d'argent; ces lavages la soulagent beaucoup. Elle n'a jamais eu d'hématurie; cependant elle aurait remarqué, il y a quinze jours, un petit caillot rouge dans ses urines.

Actuellement, les mictions ne sont plus aussi douloureuses, mais la malade se plaint de « ses reins », de son rein droit plus particulièrement. « Elle arrive dans l'intention de faire, dit-elle, fixer son rein droit ».

A l'examen : ptose viscérale généralisée; la paroi abdominale est entièrement flasque, et tout le ventre se laisse très facilement déprimer. Le rein *droit* est entièrement mobile; on le perçoit très facilement, il ne semble pas douloureux à la palpation, mais paraît seulement un peu gros. Le rein *gauche* paraît plus petit, est très abaissé, mais semble moins mobile que le droit. Les urines sont claires, ne contiennent rien d'anormal. La capacité vésicale est très augmentée, 450. Les lèvres du méat sont rouges. — Le vagin est étroit (colporraphie); le toucher, difficile, montre que le col est légèrement entr'ouvert, mais que les culs-de-sac sont libres.

M. Marion opère cette malade le 28 décembre 1912. Néphropexie droite par le procédé d'Albarran-Marion; le rein présente quelques plaques de néphrite. On fait une appendicectomie (lombaire); l'appendice, adhérent, est difficile à enlever. Suites opératoires simples. La malade sort le 11 février 1913.

La malade répond à notre questionnaire, fin octobre 1913 : au point de vue des *douleurs*, elle dit qu'elle se sent beaucoup mieux, qu'elle ne souffre plus « des reins », mais de temps à autre du ventre surtout à gauche, « ce que j'attribue, écrit-elle, à l'entérite ». Mais ces douleurs sont bien moins vives que celles qu'elle ressentait avant l'opération. Au point de vue *digestif*, la malade nous dit qu'elle avait autrefois beaucoup de troubles digestifs, que maintenant elle en a bien moins, sauf à certains jours, « quand elle prend certaine nourriture ». Au point de vue *nerveux*, elle dit qu'elle était extrêmement nerveuse avant son opération; que depuis elle l'est moins. « J'ai encore quelquefois, dit-elle, en me réveillant dans la nuit, quelques petits accès de tristesse, mais bien moins qu'avant l'opération ». Et elle termine sa lettre : « En résumé, je suis bien plus portante, j'ai pu reprendre mon travail, et c'est avec plaisir que je réponds à votre questionnaire ».

Observation 33.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

L... J., 26 ans, lingère, entre dans le service le 6 avril 1913, parce qu'elle souffre dans les régions rénales des deux côtés.

Dans les *antécédents personnels*, on note que la malade est spécifique depuis 2 ans, ayant eu un chancre de la petite lèvre gauche, et des plaques muqueuses sur l'amygdale droite. Elle a été soignée à Saint-Louis, par 4 injections de 606, et ensuite en ville par des piqûres. Elle n'a présenté aucun autre accident.

Il y a quatre mois que la malade souffre de ses reins, avec des irradiations dans les cuisses et la région périnéale. La malade croit pouvoir affirmer, qu'à certains moments, la région rénale *droite* lui semble plus endolorie. Les douleurs qu'elle ressent lui donnent l'impression qu'on lui tire quelque chose, et sont beaucoup plus marquées quand la malade est assise.

Il y a trois mois, la malade s'était présentée à la consultation de l'Hôtel-Dieu, pour les mêmes malaises et pour des pertes blanches abondantes. On lui avait conseillé des bains de siège et des irrigations vaginales chaudes au bicarbonate de soude, toutes choses qui ne semblent pas avoir eu beaucoup d'effet. La malade n'a

jamais eu d'hématurie; elle a eu il y a 5 mois, et pendant quelques semaines, des envies fréquentes d'uriner.

A l'examen : on trouve le rein *droit* notablement abaissé. On sent à peine le rein *gauche*. Les urines sont claires à l'émission ; la capacité vésicale est de 300. — Rien du côté de l'appareil génital, sauf un nodule dur à la face droite du col. Aucune adénopathie.

Le 15 avril, on fait un cathétérisme urétéral double :

	REIN DROIT	REIN GAUCHE
Quantité	55 cent. cubes	45 cent. cubes
Urée au litre	19 gr. 51	23 gr. 41
Urée éliminée	1 gr. 07	1 gr. 05
Chlorures au litre	16 gr. 10	19 gr. 41
Albumine	néant	néant
Pus	—	—
Sang	—	—

Le 19 avril 1913, M. Marion fait une *nephropexie* droite (procédé d'Albarran-Marion); le rein est gros, la capsule un peu adhérente. On fait en outre par la même voie une *appendicectomie* ; l'estomac est dans la fosse iliaque, l'appendice est long, non adhérent. Suites opératoires simples. La malade sort un mois après.

La malade a été revue le 3 octobre 1913 par M. Marion à Lariboisière. Elle était en parfait état du côté droit; elle se plaignait de souffrir encore à gauche, mais elle est extrêmement améliorée et dit avoir beaucoup engraissé.

Observation 34.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

B... E., 30 ans, entre dans le service le 8 avril 1913, parce qu'elle souffre dans la région lombaire droite et dans le côté droit de l'abdomen.

Ces douleurs, qui consistent en pesanteur avec des exacerbations datent de deux ans. Pendant ces deux années, elle a porté une ceinture, mais qui ne l'a jamais soulagée d'une manière sensible.

La malade souffre davantage, quand elle est debout ou quand

elle marche, moins quand elle est assise et pas du tout quand elle est couchée.

La malade n'a jamais eu de pollakiurie, ni d'hématurie, ni de brûlures à la miction. Rien à signaler dans les antécédents; la malade n'a jamais eu ni enfant ni fausse couche.

A l'examen, le rein droit est très nettement mobile, mais non douloureux; le rein gauche n'est pas senti, mais la pression à son niveau est douloureuse.

La capacité vésicale est de 300 grammes; la contractilité vésicale est mauvaise. Rien dans les urines. — Du côté de l'appareil génital, on note une légère rétroversion.

Opération le 22 avril 1913. Néphropexie par le procédé d'Albarran-Marion, pas d'appendicectomie.

L'opération fut faite par M. Paris aidé de M. Marion. Suites opératoires simples. La malade sort le 17 mai; elle ne souffre plus.

Nous n'avons pu retrouver cette malade.

Observation 35.

(Service de M. Marion, hôpital Lariboisière).

L..., 36 ans, ménagère, entre dans le service le 19 mai 1913, parce qu'elle souffre du rein droit.

Rien dans les antécédents.

Il y a 18 ans que la malade souffre du rein droit. Les douleurs ont débuté à la suite de son premier accouchement, et cela sans qu'elle ait eu ni fièvre, ni urines troubles. Il s'agit de douleurs qui disparaissent complètement quand la malade est couchée, mais elles reprennent, dès qu'elle s'assied ou qu'elle est debout, étant particulièrement vives après une fatigue ou une marche. Il y a 3 ans, la malade aurait eu une crise très douloureuse du côté gauche de l'abdomen (trajet de l'uretère), avec vomissements, mais sans irradiations. Pendant cette crise les accès douloureux survenaient toutes les 15 minutes environ. Jamais la malade n'a vu de calcul ni de sable dans ses urines; ni hématurie, ni pollakiurie.

La malade est extrêmement maigre, sans forces, et paraît beaucoup plus que son âge; elle n'a pas d'appétit, digère très mal et

cela depuis plus de trois ans. Elle est très triste, a sans cesse des idées noires et pleure très facilement. Depuis le mois d'avril, elle a dû renoncer à tout travail. Il s'agit là, pour employer l'expression de M. Bazy, d'une véritable *cachexie néphroptosique*.

A l'examen, rien au rein *gauche*, mais le rein *droit* est abaissé (2e degré). On trouve à droite le point sus-intra-épineux. La capacité vésicale est de 250. Rien dans les urines.

On fait un cathétérisme urétéral double le 21 mai.

	REIN DROIT	REIN GAUCHE
	—	—
Quantité	4 cent. cubes	40 cent. cubes
Urée au litre	10 gr. 40	10 gr. 31
Urée éliminée.	0 gr. 04	0 gr. 41
Chlorures au litre. . . .	15 gr. 10	16 grammes
Albumine.	néant	néant

Le 3 juin 1913, M. Marion fait la *néphropexie* droite (procédé d'Albarran-Marion), pas d'appendicectomie. Suites opératoires simples. La malade sort un mois après, elle est très faible, mais elle ne souffre plus.

Nous revoyons cette malade fin octobre 1913 : au point de vue des *douleurs*, au lieu des douleurs continuelles qu'elle ressentait depuis si longtemps dans le côté droit, elle n'a plus que quelques élancements dans le flanc droit, de temps en temps, quand elle travaille, mais c'est insignifiant, dit-elle, à côté des douleurs d'autrefois. Au point de vue *digestif*, il n'y a plus de comparaison avec autrefois; alors qu'elle n'avait pas d'appétit et qu'elle digérait très mal, elle digère maintenant bien, tout en étant obligée de choisir ses aliments, et elle a retrouvé appétit. L'amélioration du côté des troubles *nerveux* est manifeste; la malade n'est plus triste, ne pleure plus. Enfin *l'état général* est très amélioré, la malade a engraissé de 12 livres depuis l'opération; elle a repris des forces et peut maintenant reprendre ses occupations de ménagère. Certes, elle n'est pas encore très forte, et doit se ménager beaucoup, mais elle se trouve transformée. A l'examen, nous n'avons pu sentir ni le rein droit, ni le rein gauche, bien que la palpation soit des plus aisées, la malade ayant un ventre de ptosique. Nous ne trouvons rien à

l'examen de l'appareil génital, mais la malade nous dit qu'elle a ses règles toutes les 3 semaines, que ces règles sont très abondantes, avec caillots, qu'à ces moments-là, elle souffre un peu dans le bas-ventre, à gauche surtout; enfin, la malade nous dit qu'elle a des pertes blanches depuis 3 ans.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS ET RÉSULTATS

Nous allons résumer rapidement toutes ces observations en indiquant les résultats obtenus :

Obs. 1. — La malade n'a pas été revue.

Obs. 2. — La malade a été opérée étant enceinte de deux mois; depuis son opération, elle a eu deux autres grossesses venues à terme. Elle n'a plus jamais souffert de son rein.

L'opération date de 6 ans. C'est un *succès complet* de la néphropexie. Malheureusement cette pauvre femme est actuellement en pleine infection puerpérale après fausse couche.

Obs. 3. — La malade souffrait beaucoup de son rein droit; elle avait des troubles digestifs, des troubles nerveux très marqués. En janvier 1911 nous apprenions que les douleurs rénales avaient disparu, ainsi que les troubles digestifs; quant à l'état nerveux, il s'était beaucoup amélioré. La malade avait engraissé de 16 livres. A ce moment, l'opération datait de 4 ans. Nous avons appris récemment que la malade, 1 an après, soit 5 ans après l'opération, s'était suicidée; on nous dit qu'elle avait, à la fin, le « cerveau dérangé », et qu'elle ne pouvait plus supporter la moindre contrariété. Par ailleurs, la santé était excellente.

Etant donné les résultats excellents, même au point de vue nerveux, que signalait cette malade 4 ans après sa néphropexie, il est difficile de mettre sa fin tragique sur le compte du rein mobile et bien moins encore de l'opération. Il convient donc de ranger cette observation dans les *succès* de la néphropexie, et cela d'autant plus que l'évolution montra le degré de la tare névropathique de la malade.

Obs. 4. — La malade était une névropathe avérée, qui souffrait beaucoup de son rein droit. Elle n'a pas été améliorée immédiatement. Elle a continué à souffrir de son ventre après l'opération, et n'a été soulagée qu'après une appendicectomie. Nous apprenions, 4 ans après l'opération, que les douleurs rénales et abdominales avaient disparu, mais qu'il existait encore des troubles digestifs; l'état nerveux, lui, s'était énormément amélioré. Récemment, soit 5 ans et demi après l'opération, nous apprenons que l'état général et l'état nerveux vont de mieux en mieux, et que les troubles digestifs ont presque complètement disparu. C'est là un *excellent résultat.*

Obs. 5. — La malade a été opérée par M. Albarran. Cette malade semble bien avoir fait des crises d'étranglement rénal : elle accusait des douleurs au niveau du rein droit, douleurs continuelles avec exacerbations paroxystiques. Ces troubles ont disparu à la suite de la néphropexie. Il n'existe plus qu'un peu d'endolorissement de la région rénale, à certains moments de fatigue. Mais depuis l'opération qui date de 5 ans et demi, la malade n'a jamais interrompu son métier d'infirmière. C'est là un *excellent résultat.*

Obs. 6. — La malade souffrait beaucoup du rein droit et du ventre, du même côté. L'amélioration a été lente, mais 3 ans et demi après l'opération, nous apprenions que, depuis longtemps d'ailleurs, la malade ne souffrait plus de son rein

droit (quelques élancements, quand elle se fatigue trop). L'état nerveux s'était considérablement amélioré, mais la malade se plaignait encore cependant de souffrir de temps en temps au niveau de la partie droite de son abdomen, et d'éprouver quelques maux d'estomac. « M. Marion, dit-elle, m'avait dit que j'avais l'appendicite. » Ajoutons qu'à ce moment la malade avait engraissé de 30 livres et avait eu depuis l'opération 2 enfants. Or, nous apprenons récemment que la malade à la suite de son dernier enfant, s'étant mise à souffrir du ventre, a été opérée de « l'appendicite et des ovaires » et qu'actuellement, soit 5 ans et 4 mois après la première opération, la malade ne souffre plus du tout ni des reins, ni d'ailleurs (à peine quelques tiraillements dans la région lombaire droite, quand elle se fatigue trop), que son état nerveux est très bon, et qu'elle n'a plus aucun trouble digestif. Elle a « une mine fraîche et florissante » nous écrit son mari. C'est encore là un *excellent résultat*.

Obs. 7. — La malade est particulièrement intéressante, car outre des troubles d'étranglement rénal, elle présentait des troubles entéro-colitiques des plus sérieux.

La guérison a été complète pendant dix-huit mois.

A ce moment, des douleurs réapparaissant dans le flanc droit, on croit que la fixation n'a pas tenu. On réopère et l'on constate que la tumeur, que l'on sentait dans le flanc, est le foie ptosé qu'on fixe. Quant au rein, on a pu constater qu'il était resté très bien fixé.

3 ans et 5 mois après la néphropexie, nous apprenions que les douleurs si violentes que la malade accusait avaient disparu, que les troubles entéro-colitiques étaient très améliorés. Quant à l'état nerveux, il s'était énormément modifié. La malade avait engraissé. La malade ne se plaignait plus que de souffrir dans le côté droit du bas-ventre au moment de ses

règles. Or, récemment, soit 5 ans et 3 mois après la néphropexie, et 2 ans et 5 mois après la fixation du foie, nous apprenons que l'état général et l'état nerveux de la malade se sont encore améliorés, et que les douleurs du bas ventre, qui existaient au moment des règles, ont disparu. Voilà encore un *excellent résultat.*

Obs. 8. — La malade présentait un rein mobile droit douloureux qui fut guéri par la néphropexie. Mais elle revint ensuite pour une rétroversion utérine, dont elle fut opérée en même temps qu'on lui enleva l'ovaire gauche.

Actuellement 5 ans et 3 mois après la néphropexie, 4 ans et 8 mois après l'hystéropexie, la malade signale une amélioration marquée des troubles digestifs et des troubles nerveux qu'elle présentait avant sa première opération. Elle ne souffre plus du tout de son rein, beaucoup moins du bas-ventre; cependant de ce côté existent encore des douleurs au moment des règles, qu'une série de dilatations du col par laminaires avait déjà fait disparaître une fois; on va recommencer.

C'est un *très bon résultat* de la néphropexie.

Obs. 9. — La malade est extrêmement intéressante, parce qu'elle a subi deux néphropexies, avec fixation haute à *droite* faite par M. Marion, et fixation basse à *gauche* faite par un autre chirurgien. Or, la malade, en janvier 1911, ne souffrait plus du tout de son rein droit, fixé haut, alors qu'elle fait un métier des plus fatigants (ouvrière d'usine) et qu'avant l'opération elle souffrait tellement de son rein droit, qu'elle avait voulu attenter à ses jours. Elle continuait, par contre, à souffrir toujours autant de son rein gauche, fixé bas, qui était resté douloureux à la palpation. A cette époque on avait pu faire chez elle un cathétérisme double des uretères, et constater de la sorte que la sonde montait très facilement jusque dans le bassinet, à *droite*, tandis que du côté du rein fixé

bas à *gauche*, la sonde butait et s'arrêtait à quinze centimètres, malgré une légère insistance qui avait fait saigner un peu la malade. L'épreuve radiographique que nous reproduisons page 195 est des plus instructives, nous semble-t-il.

La première néphropexie (M. Marion) datait alors de 2 ans et 9 mois; la deuxième, d'un an et 8 mois.

Nous concluions en janvier 1911 que la fixation *haute* avait obtenu un excellent résultat, mais que la fixation *basse* avait laissé persister les douleurs.

Or, récemment nous apprenons que 10 mois après le moment où nous avions vu cette malade, elle accoucha sans incidents d'un enfant bien portant, mais, et c'est là une chose des plus intéressantes, nous apprenons aussi qu'au cours de sa grossesse la malade vit disparaître complètement les douleurs qu'elle ressentait du côté *gauche*. Depuis, elle n'a plus jamais souffert « des reins », si ce n'est il y a quelques mois à l'occasion d'une perte utérine très abondante, que la malade croit avoir été une fausse couche. Actuellement, c'est-à-dire 4 ans et 7 mois après la néphropexie droite (haute), 3 ans et 6 mois après la néphropexie gauche (basse), la malade dit qu'elle ne s'est jamais si bien portée.

Cette observation est donc doublement intéressante, puisque, nous ayant montré d'abord la supériorité de la fixation *haute*, elle nous montre ensuite l'influence favorable qu'eut sur une fixation *basse* l'évolution d'une grossesse.

Conclusion : *résultat excellent*, et cela d'autant plus que la malade était une névropathe avérée (tentative de suicide).

Obs 10. — La malade n'a pas été revue.

Obs 11. — Il y avait quatre ans que la malade souffrait de son rein droit et de troubles digestifs (dilatation stomacale) quand on l'a opérée. Cette malade a certainement eu des crises d'étranglement rénal à droite.

En décembre 1911, voici l'état dans lequel était cette malade : elle ne souffrait plus du tout de son rein droit, mais les troubles digestifs n'avaient pas cédé et la malade était depuis quelque temps soignée pour entéro-colite. Néanmoins, l'état général est infiniment meilleur. L'opération datait à ce moment de 2 ans.

Tout récemment, soit 4 ans après l'opération, nous apprenions par une lettre de la malade, qu'elle n'avait plus jamais eu dans la région rénale droite les crises qui avaient nécessité son opération, qu'elle avait encore des troubles digestifs dus à son entérite, mais aussi qu'elle avait été soignée il y a 5 ou 6 mois pour « pyélite avec lithiase ». Elle a souffert à ce moment des reins, des deux côtés, sans que cela rappelle les crises « d'étranglement » d'autrefois. Actuellement, l'état général est dit-elle beaucoup meilleur qu'avant sa néphropexie, et depuis 2 ans elle a engraissé de 6 kilos.

La néphropexie avait été faite pour des crises d'étranglement rénal, elle a, on le voit, donné un *excellent résultat*.

Obs. 12. — La malade souffrait beaucoup de son rein droit, elle se plaignait de troubles digestifs et de troubles nerveux.

A la suite de l'opération, l'amélioration fut immédiate. Mais des douleurs extrêmement violentes, reparurent au niveau « des reins » coïncidant avec des pertes blanches très abondantes. A la suite d'un séjour à la campagne, tout rentre dans l'ordre.

En janvier 1912, nous notions que les pertes blanches persistaient, mais que les douleurs rénales avaient disparu; les troubles digestifs étaient très améliorés, et l'état nerveux très modifié.

L'opération datait alors de 1 an et 7 mois. L'amélioration avait été lente, mais le résultat néanmoins était *excellent*.

Nous n'avons pas pu, dans notre enquête récente, retrouver cette malade.

Obs. 13. — La malade, une ptosique, souffrait beaucoup de son rein droit et avait des troubles digestifs, cela depuis 3 ans. En janvier 1911, les douleurs rénales avaient disparu complètement, mais les troubles digestifs persistaient encore. Il faut dire que la malade présentait un rein très mobile à gauche, puisqu'on sent son pôle supérieur; elle était maigre, avec une paroi abdominale flasque. Malgré cela, la disparition complète des douleurs du côté fixé nous permettait de conclure que là encore le résultat avait été *bon*. L'opération datait de 1 an et 7 mois.

Or, tout récemment, soit 3 ans et 5 mois après sa néphropexie droite, elle nous écrit « qu'elle ne souffre plus du tout des reins, quelquefois encore du ventre, et que son état s'est amélioré ». C'est là encore un *excellent résultat*.

Obs. 14. — La malade a été opérée parce que, outre un rein mobile droit, extrêmement douloureux, elle présentait une déchéance générale, un amaigrissement considérable, des troubles digestifs et des troubles nerveux très prononcés.

Le résultat, après avoir paru assez bon au bout de 6 mois, s'affirmait, semblait-il, en janvier 1912, comme insuccès, la malade se remettant à souffrir de son côté droit.

Or, nous avons été prendre récemment sur place des nouvelles de cette malade et voici ce que nous avons appris : quand la malade a été reprise de douleurs de son côté droit, 6 mois après sa néphropexie, douleurs continuelles qui, après avoir été sourdes furent, quelques mois après, d'une violence extrême, elle ne les localisait plus exactement au même endroit. Alors qu'autrefois les douleurs siégeaient et dans la fosse iliaque droite et dans la région lombaire, cette fois il ne s'agissait plus que de douleurs de la fosse iliaque

et il apparut bientôt que l'appendice était en cause. Aussi, il y a 1 an, M. Marion se décida-t-il à faire une *appendicectomie*.

Depuis, la malade n'a plus jamais eu les grandes douleurs qu'elle ressentait autrefois, mais le côté droit est encore douloureux par moment. Elle est restée très faible, s'alimentant peu et souffrant d'une constipation opiniâtre, qui s'accompagne fréquemment de douleurs de ventre; mais cette fois ces douleurs n'ont plus de localisations très précises : la malade souffre dans tout le ventre, quand elle est restée plusieurs jours sans aller à la selle, et d'autre part un peu d'huile de ricin la soulage régulièrement. Elle n'est pas brillante, mais elle n'a plus les grandes crises qui l'avaient obligée à suspendre tout travail, et cahin-caha elle a repris ses occupations. Ce n'est pas certes un résultat extraordinaire, mais étant donné le cas, il apparaît que les 2 opérations ont été *utiles* à la malade.

La néphropexie date de 3 ans et 5 mois et l'appendicectomie de 1 an.

Obs. 15. — La malade n'a pas été revue.

Obs. 16. — La malade présentait un rein mobile droit douloureux et une rétroversion utérine. A la suite de la néphropexie et de l'hystéropexie, la guérison fut complète.

Bien que cette malade n'ait été suivie que pendant quelques mois après son opération, puisque 5 mois après elle mourait dans le service, à la suite de brûlures étendues, nous pouvons considérer le résultat opératoire obtenu comme *excellent*.

Obs. 17. — Il s'agit évidemment d'une ptosique, qui faisait des crises d'étranglement rénal droit. Depuis 2 ans et 8 mois qu'elle a été opérée, la malade n'a plus de crises semblables, mais elle souffre manifestement de sa vésicule et a eu une crise de coliques hépatiques avec ictère. Elle se plaint

d'une constipation opiniâtre. Tout en souffrant de son foie, la malade est dans l'ensemble beaucoup mieux, qu'avant son opération, dont elle se déclare enchantée. La fixation fut faite chez elle pour crises d'étranglement rénal, elle a *pleinement réussi*.

Obs. 18. — La malade est très intéressante, parce que c'est une grande nerveuse, avec douleurs rénales, et troubles dyspeptiques très prononcés, et parce que M. Marion avait tout d'abord refusé de l'opérer. En janvier 1912, 8 mois après l'opération, nous notions que les douleurs dans le côté droit ne réapparaissaient plus qu'après une longue course ou une grande fatigue, alors qu'auparavant la malade ne pouvait se tenir debout plus de quelques minutes. L'état nerveux s'était amélioré ainsi que les troubles digestifs. Actuellement, c'est-à-dire deux ans et demi après l'opération, l'amélioration générale s'est maintenue, mais il se précise un point douloureux dans la fosse iliaque droite. M. Marion, qui a revu récemment la malade et qui a constaté que la fixation avait bien tenu, a proposé à la malade de la débarrasser de son appendice, ce qu'elle se résoudra sans doute à accepter. Le cas était des plus mauvais, le résultat obtenu du côté du rein est *satisfaisant*, mais il semble que cette malade bénéficierait d'une appendicectomie.

Obs. 19. — C'est un rein mobile douloureux bilatéral.

Cette observation est très intéressante, parce que l'un des reins, le gauche, celui dont la malade souffrait le plus, fut fixé haut par M. Marion; les douleurs de ce côté disparurent complètement.

Le rein droit, dont la malade souffrait moins, fut fixé bas par un autre chirurgien, et, de ce côté, la malade continue à souffrir, « plus qu'avant, dit-elle » ; le rein est douloureux à la palpation. Tel était l'état de la malade 8 mois après

l'opération. Ainsi s'affirmait la différence des résultats obtenus par la fixation haute (à gauche) et basse (à droite) chez la même malade.

Or, la malade revue 1 an après, continuait à souffrir du rein droit (fixé bas), mais il y avait cependant de ce côté une certaine amélioration.

Le résultat obtenu par M. Marion a donc été *excellent* ; c'est donc un succès et, en plus, une observation extrêmement instructive.

Obs. 20. — C'est un rein mobile douloureux avec appendicite chronique. En décembre 1911, 7 mois après l'opération (néphropexie et appendicectomie) nous notions que les douleurs et les troubles digestifs avaient disparu ; l'état nerveux s'était très amélioré ; la malade avait engraissé de cinq kilos.

Récemment, soit 2 ans et 5 mois après l'opération, la malade nous écrit qu'elle ne souffre plus du tout du côté droit, que son état nerveux s'est maintenu amélioré, mais qu'elle souffre d'une constipation opiniâtre, qui lui donne parfois des douleurs dans tout le ventre.

Dans l'ensemble, grande amélioration et en somme *bon résultat*.

Obs. 21. — La malade souffrait depuis 3 ans de la région rénale droite ; elle avait des troubles digestifs et était extrêmement nerveuse. En décembre 1911, nous notions que les douleurs et les troubles digestifs avaient disparu, et que l'état nerveux s'était très amélioré. L'opération datait de 6 mois. Nous avons revu la malade récemment, soit 2 ans et 4 mois après l'opération, elle est en excellent état. C'est donc un *succès complet*.

Obs. 22. — Ici, *l'insuccès* n'est pas presque complet, il est total. L'état de la malade n'a été en rien modifié. Elle a toujours les mêmes douleurs, au même endroit.

Il s'agit pour nous, comme nous l'avons expliqué dans l'observation, d'une erreur de diagnostic. Les douleurs « de reins », que la malade localise à la région sacrée, ont une origine génitale et non rénale.

Obs. 23. — La malade n'a pas été retrouvée.

Obs. 24. — Il s'agissait d'une malade, qui souffrait du rein gauche depuis 19 ans, et qui présentait des troubles digestifs (nausées, pas d'appétit, mauvaises digestions) et des troubles nerveux, avec crises, pendant lesquelles la malade s'évanouissait; le moral était déplorable et, quand la malade est venue se faire opérer, elle était prête à tout, nous dit-elle.

La malade est revue 2 ans après l'opération, elle n'a plus ni douleurs, ni troubles digestifs, ni troubles nerveux; elle est enchantée. C'est un *succès complet*.

Obs 25. — Il s'agit d'une malade, qui avait surtout, semble-t-il, des crises d'étranglement rénal du côté droit, cela depuis 5 ans, avec, depuis 2 ans, un état douloureux continuel du rein droit, ayant entraîné quelques troubles digestifs et nerveux. Après la néphropexie les crises douloureuses ont disparu complètement; quant à l'état douloureux du rein droit, après avoir persisté quelques mois, il a disparu lui aussi. Actuellement, la malade ne souffre plus, n'a plus du tout de troubles digestifs et se déclare très améliorée quant à son état nerveux.

« Je suis bien et très contente, nous écrit-elle. »

L'opération date de 1 an et 8 mois, *succès complet*.

Obs. 26. — C'est une ptosique névropathe de 46 ans, qui présentait un rein mobile droit très douloureux, avec troubles digestifs très marqués et un moral déplorable.

Elle ne pouvait plus faire son métier de domestique, quand elle est venue à l'hôpital. Depuis l'opération, la malade ne

souffre plus de son rein droit, par contre, elle dit qu'elle ressent une pesanteur à gauche. Néanmoins, elle se dit très soulagée. Au point de vue digestif, il y a eu une légère amélioration, mais l'état nerveux n'a été changé en rien. L'état général s'est à peine modifié. Le seul résultat palpable, c'est que la malade, qui ne pouvait plus travailler, tellement elle souffrait, avant son opération, a pu depuis se replacer, mais comme elle n'est pas forte et qu'elle a 46 ans, elle ne reste pas longtemps en place, ce qui contribue à lui donner un mauvais moral.

L'opération date de 1 an et 7 mois. C'est en somme et pour le cas, un *bon résultat*.

Obs. 27. — Il s'agit d'une malade atteinte de néphrite depuis 4 ans, coexistant avec un rein mobile droit. Il s'agissait d'une néphrite bilatérale très sérieuse, où l'on fit, il y a 18 mois, à l'occasion de la néphropexie une décortication complète du rein droit. Les résultats immédiats furent satisfaisants, puisque l'état de la malade fut amélioré pendant 15 mois. A ce moment, les douleurs lombaires réapparaissant, la malade use de mouches de Milan, après quoi la néphrite se met à évoluer d'une manière extrêmement grave, comme si la cantharide avait aggravé les lésions rénales. Cette observation, intéressante au point de vue « néphritique », ne l'est pas au point de vue rein mobile. Aussi ne parlerons-nous ni de succès ni d'insuccès.

Obs. 28. — Il s'agit d'une malade névropathe ptosique qui présentait, semble-t-il, des crises d'étranglement rénal du côté droit avec appendicite chronique. Nous dirions que le résultat opératoire a été parfait, si 7 mois après l'opération (néphropexie et appendicectomie), la malade n'avait eu une crise douloureuse analogue, d'après elle, aux crises précédentes. Il y a là un point troublant. Cependant, il faut noter

que dans les 18 mois qui ont suivi l'opération, la malade n'a eu que cette seule crise qui a duré exactement 24 heures, alors qu'autrefois les crises douloureuses étaient plus fréquentes et de plus longue durée. Actuellement, la malade va très bien, elle n'a plus souffert depuis 1 an. On ne pourra porter un jugement décisif sur le résultat opératoire que dans quelque temps, mais il est certain qu'il s'annonce *satisfaisant*.

Obs. 29. — Il s'agit d'un homme atteint de rein mobile droit douloureux depuis 11 ans, avec troubles digestifs très accusés, ayant fait souvent penser à une maladie d'estomac ou du foie (le malade avait eu une hématémèse).

Après la néphropexie, les douleurs disparaissent à droite, mais l'état général ne s'améliore pas, le malade se plaint de son côté gauche. Il semble que l'estomac soit en cause pour son propre compte, et le renseignement qui nous a été fourni, savoir « que le malade rend le sang à pleine bouche » nous fait penser qu'il s'agit peut-être bien d'un ulcère d'estomac. La néphropexie a fait disparaître les douleurs du rein, le résultat fut donc localement *bon*; quant aux autres troubles et à l'état général, il semble bien qu'ils doivent être mis sur le compte d'une affection hépatique ou gastrique.

Obs. 30. — Il s'agit d'une jeune fille à hérédité tuberculeuse, qui présentait un rein mobile droit douloureux, avec troubles digestifs, migraines, pertes blanches, faiblesse générale et grande nervosité. La néphropexie lui a enlevé les douleurs continuelles qu'elle ressentait dans son côté droit. Mais elle souffre encore un peu de ce côté, au moment de ses règles.

Les troubles digestifs ont été à peine améliorés, l'état nerveux n'a pas changé. A l'examen, il existe un point douloureux appendiculaire suffisamment net, pour que M. Marion lui ait proposé de lui enlever son appendice, si elle continue

à souffrir. La néphropexie date de 1 an. Elle a donné un *bon résultat*, mais il semble que la malade bénéficierait d'une appendicectomie.

Obs 31. — Il s'agit d'une malade atteinte de rein mobile droit douloureux, avec troubles nerveux. L'examen avait montré une légère mobilité douloureuse du rein gauche et l'existence d'un point appendiculaire net. L'opération (néphropexie droite) décela l'existence de quelques plaques de néphrite et l'appendicectomie montra que l'appendice était nettement malade. 11 mois après l'opération, la malade ne souffre plus de son côté droit et se dit très améliorée quant à son état nerveux. Elle souffre un peu de son rein gauche, légèrement mobile; si ces douleurs persistaient, M. Marion n'hésiterait pas à faire une néphropexie gauche. C'est encore là en somme un *bon résultat*.

L'opération date de 10 mois.

Obs. 32. — Il s'agit d'une grande nerveuse avec ptose généralisée, mobilité rénale bilatérale et entérocolite. Il y a 15 ans que la malade, dont le passé pathologique est des plus chargés, souffre de ses reins (plus du droit que du gauche).

La néphropexie droite décela l'existence de quelques plaques de néphrite, et l'appendicectomie montra un appendice très adhérent.

Actuellement, 10 mois après l'opération, la malade ne souffre plus des reins. Elle a toujours son entérite qui lui donne parfois des douleurs abdominales, mais ces douleurs n'ont rien de comparable aux douleurs de rein d'autrefois. Les troubles digestifs et nerveux sont nettement améliorés. La malade, qui ne pouvait plus travailler, travaille maintenant. Nous considérons qu'il s'agit là d'un *excellent résultat*.

Obs. 33. — Il s'agit d'une mobilité rénale bilatérale douloureuse, plus prononcée à droite. 6 mois après l'opération (néphropexie droite et appendicectomie) la malade est en parfait état du côté droit; elle souffre encore à gauche, mais elle se dit très améliorée et a beaucoup engraissé. C'est là encore un *très bon résultat.*

Obs. 34. — La malade n'a pas été retrouvée.

Obs. 35. — Cette dernière observation est très intéressante, car il s'agit d'une de ces « formes graves du rein mobile » décrites par M. Bazy sous le nom de « cachexie néphroptosique ».

La malade qui souffre de son rein droit, depuis 18 ans, est dans un véritable état de déchéance organique, quand elle entre à l'hôpital.

Elle souffre énormément, ne digère plus rien, le moral est des plus mauvais, et la malade a dû renoncer à tout travail.

6 mois après l'opération nous notons : la disparition presque complète des douleurs; il ne persiste plus que quelques élancements dans le côté droit, survenant de temps en temps, à l'occasion du travail. Il y a une amélioration très notable de l'état digestif; de l'état nerveux et de l'état général, la malade reprend tout doucement ses occupations. Etant donné l'état dans lequel était cette malade au moment de l'opération, on ne peut s'empêcher de considérer qu'il s'agit là d'un *excellent résultat.*

Par conséquent, sur les 35 malades qui ont fait l'objet de ces observations, nous n'avons eu de nouvelles précises que de 30.

De ce chiffre, nous déduirons de suite les malades qui font l'objet des observations 27 et 28 : la malade n° 27, parce qu'elle avait au moment de l'opération une néphrite grave

bilatérale et que l'opération fut plus une décapsulation qu'une pexie, et la malade n° 28, parce qu'il est impossible d'avoir actuellement un avis sur son cas (v. l'obs). Restent 28 malades : 21 ont été revues par M. Marion ou par nous, quant aux 7 autres, elles ont répondu au questionnaire que nous leur avons adressé.

Sur ces 28 malades, nous avons eu 1 insuccès et 27 succès, plus ou moins complets.

L'insuccès a été complet (obs. n° 22) et dû, comme nous l'avons précédemment exposé, à une erreur de diagnostic.

Aussi, ne considérons-nous que les 27 observations dans le tableau que nous allons dresser et où nous chercherons à établir la manière dont la néphropexie a agi sur les différents troubles dont se plaignaient les malades.

Sur ces 27 malades :

Toutes souffraient réellement de leur rein à un degré variable (6 d'entre elles paraissent avoir eu des crises d'étranglement rénal).

16 présentaient des troubles nerveux: ces troubles étaient très accentués chez 8 malades, et parmi celles-ci il faut compter 5 névropathes caractérisées.

19 avaient des troubles digestifs: sur ce chiffre, nous relevons 3 entéro-colites et 8 appendicites.

Quelle a été l'action de la néphropexie sur ces troubles?

Sur les 27 cas de *douleurs* rénales :

24 fois (dont les 6 cas d'étranglement rénal) les douleurs ont disparu complètement ou peu s'en faut *du côté opéré*.

3 fois, l'amélioration a été notable, mais non complète (obs. nos 14, 18 et 30).

Sur ces 3 cas, il y a 2 malades chez lesquelles existe certainement une appendicite chronique à opérer, et une malade qui, elle, a été appendicectomisée, mais qui était lors de son opération dans un véritable état de déchéance organique.

Sur ces 27 malades qui souffraient du rein qu'on a fixé, et qui ont vu leurs douleurs disparaître ou s'atténuer de ce côté, il y en a 12 qui souffrent encore du ventre. Sur ces 12 malades, 1 souffre du bas ventre, et les douleurs doivent être rapportées à l'appareil génital. 4 souffrent de leur côté gauche (3 pour mobilité rénale gauche légère, 1 pour ulcère probable de l'estomac). 1 souffre de sa vésicule biliaire, 2 ont une appendicite chronique, 4 ont de l'entérite ou de l'entéro-colite. Mais sur ces 12 malades, à part le malade de l'obs. n° 29, dont l'état est grave (ulcère probable de l'estomac) et la malade de l'obs. n° 14 (déchéance organique), il n'en est pas un qui ne déclare que son état s'est amélioré d'une manière *considérable* depuis qu'on l'a opéré. Les douleurs que les malades ressentent encore ne sont en rien comparables à celles que leur faisait endurer leur rein mobile.

Sur les 16 malades qui présentaient des *troubles nerveux* :

3 fois, ces troubles ont complètement disparu.

4 fois, ils ont été très améliorés, et sur ces 4 cas, 3 fois il s'agissait de véritables névropathes (obs. 6, 21, 24).

6 fois, ils ont été améliorés et sur ces 6 cas, 3 fois il s'agissait de névropathes (obs. 3, 18, 32), 1 fois d'une malade chez laquelle les troubles nerveux étaient très accentués.

3 fois, ces troubles n'ont pas cédé (obs. 14, 26, 30).

Sur les 19 malades qui présentaient des *troubles digestifs* :

6 fois, ces troubles ont disparu complètement; et dans ces 6 cas, il faut ranger 2 appendicites qui furent opérées, l'une ultérieurement, l'autre par la voie lombaire, en même temps qu'on fit la néphropexie, et 1 entéro-colite.

1 fois, les troubles digestifs ont été très améliorés après une appendicectomie faite ultérieurement.

9 fois, il y a eu amélioration, mais très légère seulement

dans 3 cas (sur ces 3 cas il y a 1 appendicite non opérée).

3 fois, les troubles ont persisté. Sur ces 3 cas, il y a également une malade atteinte d'appendicite chronique, qui bénéficierait d'une appendicectomie.

Disons enfin que sur nos 27 malades, 8 étaient des *ptosiques*, dans toute l'acception du terme, sur 8 ptosiques, nous avons eu 4 bons résultats.

Nous pouvons donc conclure que la néphropexie a agi d'une façon certaine sur l'élément *douleur*, et d'une façon très appréciable sur les troubles *nerveux* et *digestifs*, puisque les troubles nerveux n'ont persisté, sans aucune amélioration, que 3 fois sur 16 cas, et les troubles digestifs 3 fois également sur 19 cas.

Mais les troubles *digestifs* se montrent à coup sûr plus tenaces et plus gênants pour les malades. Il convient, à ce propos, de distinguer parmi eux, les troubles digestifs qui ne relèvent apparemment que du rein mobile, des cas où il y avait, en même temps que ptose rénale, appendicite ou entéro-colite. La persistance des troubles, exceptionnelle dans le premier cas, est relativement fréquente dans le second.

Mais le fait que les troubles digestifs, les troubles entéro-colitiques surtout, cèdent mal à la néphropexie, n'autorise pas à penser que dans ce cas, la néphropexie à échoué. Cette intervention, en effet, a transformé des malades qui souffraient de leur rein, et qui avaient en outre des troubles digestifs, en des malades qui ne souffrent plus de leur rein, et qui ne sont plus que des dyspeptiques ou des entéro-colitiques. C'est là, nous semble-t-il, un résultat très appréciable. Il suffit d'ailleurs d'interroger les malades pour s'en convaincre. Celles-ci distinguent elles-mêmes très bien les douleurs qu'elles ressentaient avant la néphropexie, de celles qui persistent après; les premières leur ont fait accepter comme une délivrance l'intervention chirurgicale, quant aux

secondes, elles déclarent qu'elles peuvent très bien les supporter. Enfin, autre argument qui montre que les troubles entéro-colitiques ne doivent pas être une contre-indication à la néphropexie, c'est que dans certains cas, comme celui de l'obs. n° 7, ces troubles ont cédé à la fixation rénale.

Quant aux troubles digestifs, non liés à une véritable entérocolite, il est très fréquent que la néphropexie les fasse disparaître ou les améliore.

Enfin, n'est-on pas en droit de se le demander, les résultats n'auraient-ils pas été meilleurs si l'on avait attendu moins longtemps pour faire opérer ces malades? Que les troubles digestifs aient dans la ptose rénale une origine réflexe, une origine mécanique ou une origine mixte, on comprend aisément qu'on a d'autant moins de chances d'obtenir leur disparition que ces troubles existent depuis plus longtemps.

Dans le cas de troubles réflexes, le système nerveux, constamment excité, a pris l'habitude de réagir dans un certain sens, et cette habitude deviendra bientôt tellement invétérée que la suppression de l'excitation première ne pourra plus suffire à empêcher les troubles digestifs de se produire; ces troubles, d'abord tributaires de la ptose, finissent par exister pour leur propre compte, au moins chez ces malades qui sont le plus souvent dans un état spécial de « réceptivité nerveuse. »

N'est-il pas encore plus aisé de comprendre la persistance d'une dilatation stomacale, malgré la fixation rénale, chez une malade dont l'estomac est dilaté depuis longtemps, et la persistance d'une coudure, si celle-ci, avec le temps, s'est fixée? Tout cela n'enseigne-t-il pas qu'il est urgent de ne pas différer par trop l'opération? Mais si la coudure colique existe et nous est révélée par un examen radioscopique, cela nous montre aussi qu'il faudra faire en même temps que la néphro-

pexie et par la même voie, la colopexie. Il est certain que si dans quelques observations, les chirurgiens se sont bien trouvés de faire avec la néphropexie, une hépato ou une splénopexie, nul doute que la colopexie n'eût donné, elle aussi, des résultats satisfaisants, et que c'est à son omission qu'on doive attribuer la persistance des troubles digestifs, dans un certain nombre de cas.

Mais, nous dira-t-on, est-il bien sûr que ces troubles qui accompagnent la néphroptose soient dus à la mobilité rénale. N'est-il pas plus probable qu'ils ne font que coexister sans lien de causalité, chez des malades qui sont des neuro-arthritiques, des affaiblies, des ptosiques générales? Certes, nous ne nions pas l'existence d'un tel terrain chez ces malades, mais nous croyons qu'on a pris trop plaisir vraiment à noircir le tableau clinique. La disparition d'un certain nombre de ces troubles, après la néphropexie, n'est-elle pas, quelle que soit la théorie pathogénique adoptée, la meilleure preuve que le rein réclame une large part dans le complexus pathologique? M. Aglave n'a-t-il pas montré dans sa thèse, et M. Legueu admet cette manière de voir, que c'est la ptose rénale qui amène le plus souvent la coudure et la ptose colique?

Quoi qu'il en soit, il est évident que d'autres ptoses coexistent parfois avec la ptose rénale, et que celle-ci n'est pas, semble-t-il, la cause de celles-là; il est évident aussi que la néphroptose s'accompagne, dans quelques cas, d'appendicite chronique, que celle-ci, soit ou non liée à la ptose rénale. Le fait que certaines de ces malades ont besoin d'opérations multiples, doit-il arrêter le chirurgien? Disons d'abord qu'il y a rarement indication à des opérations multiples, ainsi qu'on a tendance à le répéter trop souvent, et faisons remarquer avec MM. Lucas-Championnière et Bazy que, quelle que soit la complexité des troubles observés chez une malade

atteinte de rein mobile, la néphropexie simple ou double suffit dans beaucoup de cas, sinon à les faire disparaître tous, du moins à les améliorer. Ceci ne nous montre-t-il pas l'importance primordiale de la ptose rénale ?

Nous ne voulons pas en conclure que la néphropexie ne doive être accompagnée d'autres interventions, bien au contraire ; ce que nous prétendons, c'est que ces opérations complémentaires ont rarement besoin d'être multiples. On ne peut compter comme une intervention complémentaire, l'appendicectomie qui peut se faire, comme le recommande depuis plusieurs années M. Legueu, et comme le fait aussi M. Marion, en même temps que la néphropexie droite, par la voie lombaire. L'appendice éliminé, il est exceptionnel que chez la même malade, le foie, la rate, le côlon, l'utérus aient un égal besoin d'une pexie.

Pour le foie, dont la ptose coïncide avec celle du rein droit, la voie lombaire permettra la pexie des deux organes. On peut en dire autant de la rate, en ce sens que les cas de mobilité splénique coïncident généralement avec une ptose rénale gauche. De même l'angle colique dont la chute est liée à celle du rein du même côté, pourra être fixé en même temps qu'on fera la néphropexie. L'*appendicectomie*, la *spléno-*, l'*hépato-*, la *colopexie* ne constituent donc qu'un temps opératoire, au cours de la néphropexie. Reste l'*hystéropexie* qui nécessite une intervention spéciale. Ne suffit-il pas d'ailleurs de consulter les statistiques pour se convaincre que la nécessité de multiplier les opérations sur des terrains différents est absolument exceptionnelle. Pour notre compte, sur 35 observations, nous n'en avons que 6 où une seconde intervention fut nécessaire, dont : 1 hystérectomie (obs. n^{os} 15), 2 hystéropexies (obs. n^{os} 8 et 16), 3 appendicectomies (obs. n^{os} 4, 6 et 14) faites par voie abdominale ; pour ces 3 dernières opérations. M. Marion a toujours regretté de ne

pas avoir employé la voie lombaire. Il en est de même d'ailleurs pour les malades des obs. n° 18 et 30 qui, elles, n'ont pas été appendicectomisées du tout, et qui souffrent encore de temps en temps d'appendicite chronique.

Quant à prétendre que dans les quelques cas où des opérations complémentaires furent faites, c'est à elles et non à la néphropexie qu'il faut attribuer le succès, c'est là une affirmation au moins osée. L'observation clinique montre, dans les cas où les interventions ne furent pas concomitantes, que les troubles sur lesquels la néphropexie a agi sont tout à fait différents de ceux dont l'hystérectomie ou l'hystéropexie, par exemple, ont amené la disparition. Mais cela, à condition bien entendu, que la néphropexie ait eu dans ces cas, des indications précises. Il est bien certain que chez une malade qui a des troubles digestifs et des troubles nerveux, coexistant par exemple avec des désordres génitaux de peu d'importance, si chez une telle malade, l'examen révèle un rein nettement mobile, on peut être tenté de rattacher à la néphropexie tous les phénomènes morbides observés. Et si dans ce cas, la mobilité rénale n'est pas pathologique (nous avons expliqué au chapitre des indications ce que nous entendions par là), il est évident que malgré la néphropexie, tels troubles persisteront, qui seront supprimés par une intervention sur les organes génitaux. (L'observation n° 22 est évidemment un exemple de cette sorte).

Il faut donc avant tout et toujours, en présence d'un rein mobile, même quand il existe des troubles digestifs et des troubles nerveux, rechercher attentivement s'il n'y a pas d'autres causes à cet état, examiner minutieusement la malade, différer même l'opération, jusqu'à ce qu'on se soit assuré que le rein était ou non bien en jeu. Il faudra surtout se défier des cas où le rein lui-même ne se plaint pas, et où les malades, n'éprouvent aucune douleur locale spontanée ou à la pres-

sion. C'est là surtout que l'action rapide du repos dans le décubitus dorsal fournira le meilleur critérium.

Nous en aurons fini avec les réflexions que nous ont suggérées toutes ces observations, quand nous aurons souligné à propos de deux d'entre elles, l'importance de la *fixation haute*.

Deux fois sur nos observations (obs. nos 9 et 19), les malades ont subi une double néphropexie et dans ces deux cas, un rein fut fixé haut par M. Marion, et l'autre fixé bas par tel ou tel autre chirurgien. Nous avons suffisamment parlé de cette question de la fixation haute dans notre discussion des procédés opératoires, pour qu'il ne soit pas besoin d'y revenir longuement cette fois. Néanmoins, ces deux observations nous ont paru tellement intéressantes à ce point de vue, que nous voulons terminer ce travail en insistant sur la nécessité de fixer le rein le plus haut possible. Certes, il est bien évident que dans certains cas, la seule cure de la mobilité suffit à guérir les malades; c'est là l'opinion de M. Lucas-Championnière, mais il est non moins certain que dans d'autres, la fixation doit être haute, si l'on veut obtenir un bon résultat et surtout un résultat rapidement bon; nos deux observations suffiraient à l'établir; or, comme il est impossible de prévoir d'avance quels seront les cas qui appartiendront à l'une ou l'autre catégorie, nous admettrons qu'il est plus simple, comme règle opératoire, d'adopter la *fixation haute*, comme le fait M. Marion depuis plusieurs années.

CONCLUSIONS

Au point de vue des indications :

1° La néphropexie ne mérite pas le discrédit qu'on lui témoigne depuis quelques années.

2° Elle est indiquée, sous réserve des contre-indications propres à toute intervention chirurgicale, toutes les fois où il est bien démontré que le rein mobile a sa part, grande ou petite, dans l'ensemble des troubles observés. Cela élimine le rein mobile « anatomique ».

3° La localisation des douleurs au niveau du rein, leur amélioration par le repos dans le décubitus dorsal, sont une preuve excellente que la mobilité rénale est en cause.

4° Au point de vue du pronostic opératoire, on peut dire : que, si les troubles observés (douleurs, troubles digestifs ou nerveux) cèdent au repos dans le décubitus dorsal, on peut espérer de la néphropexie un excellent résultat ; que d'autre part, si ces troubles ne cèdent pas dans ces conditions, la néphropexie pourra quand même donner de bons résultats ; mais il faut savoir qu'elle peut aussi échouer.

Malgré ce risque, il ne faut pas hésiter à tenter l'opération.

5° Les mêmes règles sont évidemment applicables aux hystériques, aux neurasthéniques vrais, aux aliénés. Mais dans

ces cas, l'indication opératoire est souvent très délicate à saisir et, seule, une grande habitude de ces malades permet de décider s'il y a lieu ou non d'intervenir.

Au point de vue opératoire :

1° Il faut employer un procédé qui fixe sûrement le rein.

Les méthodes transparenchymateuses, avec ou sans décapsulation, sont bonnes à ce point de vue, mais il faut leur préférer les méthodes capsulaires. Le procédé d'Albarran modifié par M. Marion donne toute satisfaction.

2° La fixation *haute*, qui replace le rein dans sa situation anatomique, est une condition essentielle du succès : elle doit être, toutes les fois où elle est possible, et elle l'est presque toujours, systématiquement pratiquée.

3° Il ne faut pas hésiter à adjoindre à la néphropexie telle ou telle opération complémentaire, commandée par l'état des malades, que cette opération puisse ou non se faire par la même voie que la néphropexie : qu'il s'agisse de colo-, d'hépato-, de spléno-, d'hystéropexies ou d'appendicectomie.

Vu : le Président,
BROCA

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Albarran.—Etude sur le rein mobile. *Ann. gén.-ur.*, 1895. T. XIII, p. 577-673.

— Art. du *Traité* de Le Dentu et Delbet, 1899. T. VIII, p. 644.

— *Assoc. fr. d'Urol.*, 1901. T. V, p. 123-132.

— *Traité de médecine opératoire*, Masson, 1909.

Alglave. — Thèse de Paris, 1903-1904.

— In *Revue de Chirurgie*, 1904. T. XXX, p. 730.

Andrews. — *Journ. of American med. Assoc.*, 1900. T. XXXV, p. 877-880.

Antonelli. — *Gaz. méd. Lomb.*, 1902. T. LXI, p. 481-491 et 501-511.

Balacesco. — *Soc. Chir. Bucarest*, 1906, n° 4. T. VIII, p. 93.

— In Thèse de Lepoutre, p. 63.

Bassini. — *Ann. univ. di Med. et Chir.*, 1882. T. CCLXI, p. 281.

Baudoin. — Voir Terrier et Baudoin.

Bazy. — Formes graves du rein mobile. *Revue de Gynéc.*, 1899. T. III, p. 223-234.

— *Soc. de Chir.*, 1899. N. S. T. XXV, p. 831-833.

— In Thèse Malterre, p. 36-43.

Beck. — *New-York med. Journ.*, 1901. T. LXXIV, p. 1051.

Beyea. — *Ann. med. Philad.*, 1901. T. II, p. 441-444.

Billington (W). — *Brit. med. J.*, 1909. T. I, p. 1055-1059.

Biondi (de Sienne). — *Presse méd.*, 1900, n° 68, p. 117.

Braquehaye. — In Thèse de Marini, p. 53.

Briau. — *Arch. prov. de Chir.*, 1895. T. IV, p. 702-705.

Brodeur. — Thèse de Paris, 1885-1886.

Bruhl. — *Gaz. des Hôp.*, 1892. T. LXV, p. 141-150.
Canac-Marquis. — *Presse méd.*, 1903, n° 2, p. 24.
Carlier. — *Assoc. fr. d'Ur.*, 1901. T. V, p. 161-163.
Carstens. — *Am. J. of Surg.*, N.-Y., 1912. T. XXIV, n° 1, p. 30-33 (3 fig.).
Carwardine. — *Bristol med. Chir.*, mars 1905. T. XXIII, p. 24-32.
Casper. — *Centr. f. Chir.*, n° 23, 1910. T. XXXVII, p. 793-795.
Cathelin. — Commun. à l'*Assoc. fr. d'Urol.*, 1912, 16e session, p. 567-570.
Catterina. — *Clin. chir.*, Milan, 1899. T. VII, p. 851-854.
Ceccherelli. — *Rev. clin. di Bologna*, 1884. T. IV, p. 289-319.
Chevalier. — Rapport à l'*Assoc. fr. d'Ur.*, 1901, 5e session. T. V, p. 35-95.
Courcoux. — Thèse de Paris, 1903-1904.
Da Costa (J.-C.). — *New-York med. Journ.*, 1906. T. LXXXIV, p. 209-212.
Delagénière. — Thèse de Paris, 1891-1892.
— *Assoc. fr. d'Ur.*, 1901. T. V, p. 96-100.
Delhaes. — In thèse de Faraggi, p. 55-56.
Delbet (Paul). — *Assoc. fr. d'Urol.*, 1901. T. V, p. 186-195.
Delbet (Pierre). — *La Clinique*. Paris 1911. T. VI, p. 421-424.
Depage. — *Journ. Soc. roy. des Sc. méd. de Bruxelles*, 1892, p. 885-891.
Derocque et Batigne. — In thèse de Lepoutre, p. 48.
Desmolins. — Thèse de Paris, 1903-1904.
Desnos. — *Assoc. fr. d'Urol.*, 1901. T. V, p. 196-203.
Du Bose. — *Amer. Journ. of Surgery*, 1908. T. XXII, p. 165.
Duchesne. — Thèse de Paris, 1891-1892.
Dupuy. — Thèse de Paris, 1907-1908.
Duret. — *Journ. Sc. méd. de Lille*, 1888. T. II, p. 49-73.
— *Assoc. fr. d'Urol.*, 1901. T. V, p. 135-151.
Edebohls. — *Ann. of Surg.*, 1902. T. XXXV, p. 137-188.
Einhorn (Max). — Disc. Soc. Chir. N.-Y., in *Med. Record.*, 25 oct. 1902, p. 677.
Ertzbischoff. — Thèse de Paris, 1905-1906.
Faraggi. — Thèse de Paris, 1892-1893.
Fischer. — In thèse Germain de Saligny, p. 25-32.
Forgue. — *Nouv. Montp. méd.*, 1898. T. VII, p. 161-167.

Gallant. — Disc. Soc. Chir. N.-Y., in *Med. Record*, 25 oct. 1902, p. 676.
— *Idem*, 7 mai 1904, p. 756.
Gardner (William). — In thèse Vanneufville, p. 48.
Germain de Saligny. — Thèse de Paris, 1899-1900.
Gianettasio. — *Riforma medica*, Roma 1901. T. XVII, p. 542.
Gibbons.— Disc. Soc. Chir. N.-Y., in *Med. Rec.*, 25 oct. 1902, p. 677.
Giordano. — In thèse de Lepoutre, p. 52.
Glénard. — *Lyon méd.*, 1885. T. XLVIII, p. 449 et T. XLIX, p. 8.
— *Prov. méd.*, Lyon 1887, T. II, p. 246, 261, 291.
Glénard (Frantz). — *Assoc. fr. d'Urol.*, 1901. T. V, p. 169-186.
Godart-Danhieux. — *Soc. belge de Chir.*, 1893. T. I, p. 404-420.
Goelet. — *Med. Record*. T. LXI, 1902, p. 182.
— *Idem*, 25 oct. 1902, p. 676-677.
— *Idem*, 24 oct. 1903, p. 674.
— *Idem*, 7 mai 1904, p. 757.
Greig Smith. — In thèse de Vanneufville, p. 66-69.
Guillet. — Rapport à l'*Assoc. fr. d'Urol.*, 1901, 5e session, T. V., p. 6 à 35.
Guiteras. — *Med. Record*, 1903. T. LVIII, p. 561-567.
Guyon. — *Bull. Ac. de Méd.*, 1889, 2e série. T. XXI, p. 239-250.
— *Indép. méd.*, Paris, 1895. T. I, p. 34.
— *Revue de Thérap. méd. chir.*, 1895. T. LXII, p. 747-750.
Hahn. — *Cent. f. Chir.*, 1881. T. VIII, p. 449-452.
Hamonic. — *Assoc. fr. d'Urol.*, 1901. T. V, p. 100-104.
Hartmann. — *Chir. des Org. gén.-ur. de l'Homme*, Steinheil, 1904 p. 290-296 et p. 325-326.
— *Travaux de Chir. anat.-clin.* 4e série, Paris, Steinheil, p. 320-322.
Hayes Agnew. — *Med. News.*, Philad. 1887. T. L, p. 116-118.
Henschen. — *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1913. T. C, p. 962-968 (4 fig.).
Herczel (E.). — *Pest. med. chir. Presse*, Budapest, 1898. T. XXVIII p. 857-865.
Heresco. — *Assoc. fr. d'Urologie*, 1901. T. V, p. 163-166.
Israël. — *Arch. f. klin. Chir.*, 1894. T. XLVII, p. 302-463.
Jaboulay. — In thèse Lepoutre, p. 54.
Jonnesco. — *Congrès de Moscou*, 1897. T. V, p. 296-307.

Jonnesco. — In thèse de Malterre, p. 22-26.
Keen. — *Boston med. surg. Journal*, 1890. T. LII, p. 648.
Kholodenko. — Thèse de Paris, 1888-1889.
Kocher (de Berne). — In thèse de Lepoutre, p. 65, et analyse de P. Mathieu in *Journ. de Chir.* T. XI, n° 2, août 1913, p. 245-246.
Kuster. — In thèse Malterre. P. 27.
Lafourcade. — *Cong. period. gyn. obst. ped.* 1895, p. 375-380.
Lambert (de Reims). — *Rev. prat. Mal. Org. g.-ur.*, Paris, 1906. T. III, p. 20-25.
Lancereaux. — *Union médicale*, 1880, p. 225.
Landau. — *Assoc. fr. d'Urol.*, 1901. T. V, p. 104-118.
Lane (A.). — *Brit. med. Journ.*, 1892. T. I, p. 814.
Lavergne. — Thèse de Paris, 1894-1895.
Le Cuziat. — Thèse de Paris, 1888-1889.
Le Dentu. — *Congrès de Chirurgie*, 1886, p. 128-131.
— *Affect. chir. des Reins*, Paris, Masson, 1889, 833 p., p. 153.
Legueu. — *Soc. anat.* 1895. T. LXX, p. 565-574.
— *Assoc. fr. d'Urol.* 1901. T. V. p. 166-169.
— *Le Rein mobile*, 1906. Paris, Baillière, 96 p.
— *Traité chirurgical d'Urologie* 1910, Paris, F. Alcan, p. 1104-1131.
Lepoutre. — Thèse de Lille, 1907-1908.
Lewis-Edwin. — *New-Y. med. J.* 1898. T. LVII, p. 567-571.
Lloyd. — In thèse Lepoutre, p. 49.
Lucas-Championnière. — In *Journ. Méd. et Chir. prat.* mai 1889. T. LX, p. 193-198.
— In *Journ. Méd. et Chir. prat.*, 1903. T. LXXIV, p. 807-817.
— — — 1907. T. LXXVII, p. 449-457.
— *Bull. Ac. Méd.*, T. LVII, p. 742-751.
Lynn. — In thèse Lepoutre, p. 62.
Mac Cosh. — *N.-Y. med. J.* 1890. T. LI, p. 281-288.
Malterre. — Thèse de Paris, 1898-1899.
Mariani. — *Gaz. di Hosp.* Milan. 1904. T. XXV, p. 955.
Marini. — Thèse de Toulouse, 1905-1906.
Marion. — *Journ. des Pratic.*, 5 août 1911, p. 482-484.
Mastrosimone. — In thèse de Lepoutre, p. 54.
Mathieu. — *Soc. méd. Hôp.* 1892, 3e série. T. IX, p. 685-702.
Mayolle. — Thèse de Lille, 1893-1894.

Mazzoni. — In thèse de Lepoutre, p. 58.
Michon et Pasteau. — *13e Cong. int. Méd.* Paris 1900, *Sect. de Chir. urin.*, p. 88.
Mickulicz. — *Fort. der Med.*, 1891. T. IX, n° 2, p. 77.
Morisani. — In thèse de Lepoutre, p. 49.
Morris. — *Med. Record*, 1902. T. LIX, p. 284-286.
Moser (de Zittau). — *Zent. f. Chir.*, n° 46, 16 nov. 1912, p. 1571-1573.
Mosny. — *Trib. méd.*, 1904, 2e série. T. XXXVI, p. 309-311.
Newmann (D.). — In thèse de Lepoutre, p. 48.
Noble. — *Americ. med. Assoc.* 1900. T. XXXV, p. 1517-1520.
Obalinski. — *Cent. f. Chir.*, 1897. T. XXIV, p. 977.
Parrical de Chamard. — Thèse de Paris, 1906-1907.
Parker Syms. — Disc. Soc. Chir. N. Y. in *Medic. Record*, 25 oct. 1902, p. 676.
Pasteau et Michon. — V. Michon.
Péan. — *Trib. méd.*, Paris, 1898, 2e série, T. XXX, p. 751.
Picqué. — *Traité sur la Chir. des Aliénés.* T. IV, 1904, p. CCXXII-CCXXVII.
Poullet et Vuillet. — *Rev. méd. Suisse romande*, 1895. T. XV, p. 326-332.
Pousson. — *Assoc. fr. d'Urol.*, 1901. T. V, p. 118-123.
— *Gaz. hebd. Sc. méd. Bordeaux*, 1903. T. XXIV, p. 279-282.
Puisségur. — Thèse de Paris, 1905-1906.
Reed (Ch.). — *J. Amer. med. Assoc.*, 1910. T. LV, p. 989-991.
Reynier (Paul). — *Bull. Ac. Méd.*, 1907. T. LVIII, p. 131-137.
Richardson. — *Boston med. Surgery*, 1888. T. CXVIII, p. 593-598.
Riedel. — *Berl. Klin. Woch.*, 1892. T. XXIX, p. 685-688.
Rochet. — Cité par Chevalier dans Rapport au *Congrès d'Urol.*, 1901. T. V, p. 69.
Roersch. — *Soc. Méd. Chir.*, Liège, 1901. T. XL, p. 167-178.
Rosenberger. — *Münch. med. Woch.* T. XXXV, p. 869-871.
Roskam. — *Ann. Soc. Méd. Chir.*, Liège, 1901. T. XL, p. 151-166.
Rouffart. — In thèse de Lepoutre, p. 58.
Rouvillain. — Thèse de Paris, 1909-1910.
Ruggi. — *Ann. Mal. Org. gén.-ur.*, 1904, p. 855.
— In thèse Lepoutre, p. 61.
Schiassi. — *Rif. med.*, 1901, T. XVII, p. 218-221.

Sédille. — Thèse de Paris, 1904-1905.
Segond. — *France médicale*, Paris 1889. T. II, p. 1301-1303.
Selmi. — *Clin. chir.*, Milan, 1898. T. VI, p. 217-222.
Senn. — *Amer. J. med. Assoc.*, 1899. T. XXXII, p. 703-705.
Short (A.-R.). — *Brit. med. J.*, mars 1911. T. I, p. 682-684.
Sotto Casa. — *Clin. chir.*, Milan, 1898. T. VI, p. 269-273.
Sturmdorf. — *Med. Record*, 1901. T. LIX, p. 998.
Suckling. — *La folie guérie par un nouveau traitement.* Birmingham, 1907, Cornish Brothers, 29 p.
Sulzer. — *Deutsche Z. f. Chir.*, 1891. T. XXXI, p. 506.
Swennson. — In thèse Malterre, p. 27.
Tédenat. — *Assoc. fr. d'Ur.*, 1901. T. V, p. 132-135.
Terrier et Baudoin. — *De l'Hydronéphrose intermittente*, Paris, 1891, p. 147.
Terrillon. — *Bull. méd.*, Paris 1888. T. II, p. 1333.
Tischendorf. — In thèse Delagénière, p. 44 et p. 73-74.
Tricomi. — *Soc. ital. Chir.*, 1897. T. XI, p. 168-210.
Tuffier. — *Etude exp. sur la Chirurgie du Rein.*, Paris. Steinheil, 1899, p. 52-55.
— *Arch. gén. de Méd.*, 1890. T. I, p. 18-31.
— *Revue de Chir.*, 1891, T. XI, p. 411.
— In thèse Faraggi, p. 65-67.
— *Congrès de Chir.*, 1891, T. V, p. 377-388.
— Art. du *Traité* de Duplay et Reclus, 1899. T. VII, p. 370-386 et 409.
Turgard (de Lille). — In thèse de Vanneufville, p. 47.
Vanneufville. — Thèse de Paris, 1887-1888.
Vogel (de Dortmund). — *Zent. f. Chir.*, n° 41, 12 oct. 1912, p. 1403-1405.
Voltz. — Thèse de Giessen, 1908.
Walch. — Thèse de Paris, 1895-1896.
Weir (Robert). — In thèse de Vanneufville, p. 47.
Werelius (A.). — *J. Am. med. Assoc.*, 1913. T. LX, n° 9, p. 643-646 (3 fig.).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 1

Revue générale des indications opératoires 7

Critique des indications opératoires 89

Revue générale des procédés opératoires 95

Les débuts de la néphropexie 95

Procédés de néphropexie transparenchymateuse 96

Procédés de néphropexie à fils sous-capsulaires 107

Procédés de fixation transparenchymateuse avec décapsulation 110

Procédés de fixation périphérique par enclavement cicatriciel. 116

Procédés de fixation par enclavement non cicatriciel 123

Procédés de fixation périphérique par la capsule décortiquée. 124

Le procédé d'Albarran-Marion 142

Procédés de néphropexie trans-ou intrapéritonéale 152

Procédés de fixation par la capsule graisseuse 153

Procédés de néphropexie par l'inclusion du rein dans un lambeau aponévrotique transplanté 155

Vue d'ensemble des procédés opératoires 157

Critique des procédés opératoires 161

Observations 179

Résumé des observations et résultats 237

CONCLUSIONS 261

BIBLIOGRAPHIE 263

COULOMMIERS
Imprimerie DESSAINT et Cie.